

GE_GERICHTE ATAS/618/2014 vom 20. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_618_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/618/2014 du 20 mai 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/618/2014 del 20 maggio 2014

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 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

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, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 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 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas

A/3842/2013 - 8/14 - amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

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. 4

L'objet du litige se limite à examiner si le recourant a droit à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement à déterminer quand est survenue son invalidité.

E. 5

Selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations 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 années de résidence ininterrompue en Suisse. Les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse demeurent toutefois réservées. En vertu de l'art. 36 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2007, a droit à une rente ordinaire l'assuré – suisse et étranger - qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte une année entière au moins de cotisations. Selon l'art. 36 al. 1er LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Aux termes de l'art. 36 al. 4 LAI, les cotisations payées à l'assurance-vieillesse et survivants avant l'entrée en vigueur de la loi seront prises en compte. A partir de l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI en effet, seuls les assurés qui comptent trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité ont droit à une rente ordinaire de l'assurance- invalidité. Par conséquent, 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 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. 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. 6

L'art. 36 al. 2 LAI prévoit que la loi sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10) est applicable par analogie au calcul des rentes ordinaires. Sont obligatoirement assurées à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance- invalidité notamment les personnes physiques domiciliées en Suisse (art. 1 al. 1 let. a LAVS dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2002) et celles qui y exercent une activité lucrative (art. 1er al. 1 let. b LAVS, en corrélation avec l'art. 1er LAI, selon leur teneur en vigueur au 31 décembre 2002). Selon l'art. 3 al. 1 première phrase LAVS, les assurés sont tenus de payer des cotisations tant qu'ils

A/3842/2013 - 9/14 - exercent une activité lucrative. Quant à ceux qui sont sans activité lucrative, ils sont tenus de payer des cotisations à compter du 1er janvier de l'année suivant la date à laquelle ils ont eu 20 ans. Ne sont pas assurés, en particulier, les ressortissants étrangers qui bénéficient de privilèges et d'immunités, conformément aux règles du droit international public (art. 1 a. al. 2 let. a LAVS). 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 (ATF 125 V 255) - une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1er ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale, soit son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 29ter al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (art. 29 ter al. 2 let. c LAVS).

E. 7

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni avec celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à

sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b et références y citées). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a précisé que s'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 aLAI (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), 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 aLAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références; ATFA du 1er mai 2003 I 780//02 consid. 4.3.1). 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). Lors de la naissance du droit à la rente, les cotisations dues par la personne assurée doivent être payées; à tout le moins l'assuré doit pouvoir encore s'en acquitter (OFAS, Directives dans le domaine des rentes, état au 1er janvier 2007, n° 5009). Depuis l'entrée en vigueur le 1er janvier 2008 de la 5ème révision de l'AI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter

A/3842/2013 - 10/14 - de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI).

E. 8

Contrairement à ce qui prévalait sous l'ancien régime, la rente n'est donc plus versée rétroactivement à partir de la date de la survenue de l'incapacité de gain, souvent antérieure d'un an ou plus. Dans certains cas, il fallait alors remonter loin avant le moment du dépôt de la demande car les conditions de l'exercice du droit étaient déjà réunies depuis longtemps (cf. Message du Conseil fédéral du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5ème révision de l'AI ; FF 2005 pp. 4290 et 4323). Il s'ensuit que suite à l'entrée en vigueur de la 5è révision, l'office AI n'est pas tenu d'examiner le droit à la rente pour la période précédant la demande de prestations, ni pendant les six mois qui suivent le dépôt de cette demande; il est donc dispensé de procéder à une instruction à ce sujet (Circulaires concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établies par l'OFAS (CIIAI; n° 2025). La 5ème révision de l'AI n'est pas applicable toutefois dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 et que la demande a été déposée avant le 1er janvier 2009 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption).

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 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 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 10

En l'espèce, le Dr G_____ a dans un premier temps attesté que l'assuré était incapable de travailler à 100% depuis 2005, puis il est revenu sur ses déclarations et

A/3842/2013 - 11/14 - n'a pas fixé de début de l'atteinte invalidante. La Dresse F_____ a d'abord affirmé en 2012 que l'atteinte invalidante avait débuté en 2005 (depuis sept ans), mais que la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation était limitée depuis 2009 (depuis trois ans), puis a estimé probable que l'état de santé ait impliqué une incapacité de plus de 40% dès 2005. Le Dr C_____, qui a suivi l'assuré en 2010, a confirmé que dès janvier 2010 en tout cas, l'assuré présentait une incapacité de travail de 40% au moins, sans pouvoir se prononcer pour le passé. Cela étant, il est admis que le diagnostic de TOC a été posé en 2005, mais il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré était assez gravement atteint dans sa santé en 2005 déjà, au point de présenter depuis lors une incapacité de travail d'au moins 40%. En effet, il a régulièrement suivi et réussi dans les délais usuels des examens de première et de deuxième année pour l'obtention d'un bachelor en physique à l'issue des semestres universitaires d'automne 2004/2005 et d'été 2005 (première année) et d'automne 2005/2006, d'été 2006 et d'automne 2006/2007 (deuxième année), ce qui dénote à tout le moins d'une capacité de travail de plus de 60%. C'est seulement dès le début du semestre de printemps 2007, soit dès mars 2007, que l'assuré n'est plus parvenu à réussir, voire même à se présenter aux examens. D'ailleurs, l'assuré, qui concède que ses TOC l'ont perturbé dans ses études dès 2005, admet aussi que c'est en 2007 que ses atteintes l'ont empêché de travailler, ce qui est corroboré par son incapacité à suivre le stage au I_____ entre novembre 2007 et juillet 2008. Il est ainsi établi au degré de la vraisemblance que l'incapacité de travail durable de plus de 40% a débuté en 2007, de sorte qu'à l'échéance du délai de carence d'un an, soit au plus tard en décembre 2008, l'assuré ne présentait pas une année de cotisations. Pour ce motif, l'OAI était fondé à refuser une rente d'invalidité à l'assuré qui ne remplissait pas les conditions d'assurance. Par surabondance de moyens, on ajoutera que, la demande de rente ayant été déposée le 19 décembre 2011, ce sont les dispositions de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 qui s'appliquent, même si l'échéance du délai d'attente d'un an était par hypothèse survenue avant le 1er janvier 2008. Il s'ensuit que le droit éventuel du recourant à une rente a pu prendre naissance au plus tôt le 19 juin 2012, conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de la demande de prestations (le 19 décembre 2011). Or, il n'est pas contesté par les parties, ni contestable au vu de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, que le recourant présentait alors une incapacité de travail totale depuis plus d'une année, compte tenu de l'attestation du Dr C_____ - l'incapacité de travail totale existant en tout cas dès

janvier 2010 selon lui, plus vraisemblablement dès mars 2007-. Même si l'on fixe la survenance de l'invalidité à janvier 2011, soit après un an d'incapacité de travail dès janvier 2010, ce n'est qu'en avril 2012 que l'assuré présentait une année de cotisations, puisqu'il a commencé à cotiser au plus tôt en avril 2011. Or, il devait compter trois ans de cotisations en janvier 2011 selon l'art. 36 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008, et applicable aux Suisses comme aux étrangers pour l'obtention d'une rente ordinaire. Au surplus, l'assuré ne remplissait manifestement pas les

A/3842/2013 - 12/14 - conditions de l'art. 9 LAI avant sa majorité, de sorte qu'une rente extraordinaire est exclue. A défaut de remplir les conditions d'assurance lors de la survenance de l'invalidité, l'assuré n'a ainsi pas droit à une rente d'invalidité, même s'il est totalement invalide. Ainsi, sur ce point, la décision de l'OAI est bien fondée. Elle ne préjuge en rien de la décision d'allocation d'impotence, qui répond à d'autres critères.

E. 11

En ce qui concerne le grief de violation du devoir de renseigner, l'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1er). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2). L'alinéa premier ne porte que sur une information générale des assurés, par le biais par exemple de brochures d'informations ou de lettres-circulaires. En revanche, l'alinéa 2 prévoit l'obligation de donner une information précise ou un conseil dans un cas particulier, de sorte qu'il peut conduire à l'obligation de verser des prestations sur la base du principe de la bonne foi (voir à ce propos la Journée AIM, « Premiers problèmes d'application de la LPGA », intervention de Monsieur le Juge fédéral Ulrich MEYER, le 7 mai 2004 à Lausanne). Plus particulièrement, le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur (cf. EUGSTER, ATSG und Kranken- versicherung : Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 226). Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminants, mais également aux circonstances de nature juridique (SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (MEYER, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungs- träger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, in : Sozialversicherungsrechtstagung 2006, St-Gall 2006, p. 27 n° 35). D'après la jurisprudence, le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de l'administration qui peut obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur en vertu du

A/3842/2013 - 13/14 - principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst., à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences

et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante: que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5; ATF non publié 8C_601/2009 du 31 mai 2010, consid. 4.2).

E. 12

En l'espèce, l'assuré ne peut pas raisonnablement reprocher aux organes de l'assurance-invalidité, de ne pas l'avoir renseigné sur son obligation de s'affilier à l'AVS dès qu'il a eu 20 ans en novembre 2006, dès lors qu'il était alors domicilié en Suisse depuis septembre 2005. D'une part, il ne s'agit pas de l'autorité compétente en matière d'affiliation. D'autre part, si l'OAI devait informer l'assuré au plus vite des conditions d'assurance lorsqu'il a été saisi d'une demande en novembre 2009 pour la première fois, il était alors déjà trop tard, puisqu'il aurait fallu que des cotisations soient payées depuis 2007. En admettant même que l'incapacité de travailler ait débuté en janvier 2010, l'assuré n'aurait pas totalisé une année de cotisations en commençant à cotiser en novembre 2009. Ensuite, les explications vagues, confuses et non étayées de l'assuré et de ses parents ne sont pas crédibles, s'agissant des renseignements erronés qui auraient été donnés, par une ou des personnes indéterminées de l'OAI et à une date non précisée, sur le fait que l'affiliation des étudiants serait automatique, voire qu'un document allait leur parvenir sous peu à cet effet. Finalement, outre que l'université n'est pas un assureur social, de sorte qu'un éventuel manquement de sa part ne relève pas de la compétence de la cour de céans, il n'est pas crédible non plus qu'un tel renseignement ait été donné à l'assuré par l'un des organes de l'université. Il est possible que l'assuré, encore domicilié en France lors de sa première immatriculation en 2004 ne se soit pas renseigné sur les obligations découlant de son arrivée en Suisse et que, ses parents étant fonctionnaires internationaux, il ne se soit pas préoccupé de son propre statut vis à vis de l'AVS lorsqu'il a eu 20 ans. La cour ne peut donc pas retenir que l'administration a violé son devoir de renseignements.

E. 13

En conséquence, la décision du 31 octobre 2013 est bien fondée et doit être confirmée, de sorte que le recours est rejeté. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3842/2013 - 14/14 -

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.