

# GE\_GERICHTE ATAS/786/2016 vom 4. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_786\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_786_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/786/2016 du 4 octobre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/786/2016 del 4 ottobre 2016

## Erwägungen

### E. 1

a. 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI).

A/4444/2015 - 14/25 - Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

### E. 2

a. L'intimé a nié à la recourante, ressortissante du Kosovo s'étant domiciliée en Suisse et y ayant acquis sa résidence habituelle en 1999, le droit à une rente ordinaire d'invalidité du fait que, selon lui, elle était invalide pour des motifs psychiques déjà lors de son entrée en Suisse et ne remplissait ainsi pas les conditions d'assurance. b. La Suisse a conclu le 8 juin 1962 une convention relative aux assurances sociales avec la République Populaire Fédérale de Yougoslavie (RS 0.831.109.818.1). Cette convention a été abrogée et remplacée par de nouvelles conventions bilatérales de sécurité sociale dans les rapports avec la Croatie (art. 40 de la Convention du 9 avril 1996; RS 0.831.109.291.1), avec la Slovénie (art. 39 de la Convention du 10 avril 1996; RS 0.831.109.691.1) et avec la Macédoine (art. 41 de la Convention du 9 décembre 1999; RS 0.831.109.520.1). La convention conclue à l'époque avec la Yougoslavie reste pour l'instant applicable aux relations entre la Suisse, la Serbie, le Monténégro et la Bosnie-Herzégovine (cf. sur l'applicabilité de cette convention aux relations entre la Suisse et les anciennes parties de la Yougoslavie: ATF 122 V 381 consid. 1 p. 382; 126 V 198 consid. 2b p. 203 ss.; cf. également ATF 132 II 65 consid. 3.5.2 p. 73 ss.). La Suisse a également conclu une convention de sécurité sociale avec le Kosovo. Cette convention n'est cependant plus valable depuis le 31 mars 2010. Seul le droit interne est depuis lors applicable (ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 5). c. L'art. 6 al. 2 LAI prévoit, au titre des

conditions générales du droit aux prestations de l'AI, que les étrangers y ont droit, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (concernant les mesures de réadaptation), 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, aucune prestation n'étant au surplus allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse. Pour les rentes ordinaires d'invalidité, l'art. 36 al. 1 LAI – qui s'applique au demeurant tant aux Suisses qu'aux étrangers et aux apatrides – stipule cependant qu'y ont droit les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent trois années au moins de cotisations. Dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit aux rentes ordinaires appartenait aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptaient une année entière au moins de cotisations ; dès le 1er janvier 2008, date

A/4444/2015 - 15/25 - d'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI du 6 octobre 2006 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), cette durée a été portée à trois ans. 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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la durée minimale de cotisation lors de la survenance de l'invalidité, il y a lieu d'appliquer celle de trois ans pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la survenance de l'invalidité est intervenue à compter du 1er janvier 2008, et celle de un an pour les nouvelles rentes d'invalidité déduites d'une survenance d'invalidité antérieure à cette date-ci (ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 6 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 1231). En l'occurrence, l'intimé retient la durée de trois ans de cotisation, mais il fait remonter l'invalidité de la recourante à une date indéterminée (au moins juste) antérieure à l'entrée de cette dernière en Suisse le 10 juillet 1999, soit, compte tenu de l'année durant laquelle une incapacité de travail d'au moins 40 % devait avoir duré pour que puisse naître un droit à la rente, au plus tard « en 2000 » (sous-entendu au 10 juillet 2000). Dans cette perspective, c'est un délai d'une année de cotisation qu'il aurait dû retenir, en application du droit alors en vigueur. C'est bien en revanche un délai de cotisation de trois ans qu'il faudrait retenir s'il y avait eu survenance d'invalidité postérieurement au 31 décembre 2007. C'est cependant la date de survenance de l'invalidité qui est ici litigieuse au premier plan.

### **E. 3**

a. La condition de la durée minimale de cotisation ouvrant droit à la rente 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). Selon 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. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'intéressé ; 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 il 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 ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance (ATF 126 V 157 consid. 3a ; 118 V 79 consid. 3a et les

références ; 103 V 130 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1232). La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est ainsi réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première

A/4444/2015 - 16/25 - fois (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n. 1028). b. 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 faut 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 (ATF 140 V 246 consid. 6.1 ; 126 V 241 consid. 4 ; ATAS/220/2015 du 24 mars 2015 consid. 8b ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1234). S'agissant d'une rente, l'invalidité est réputée survenue au moment où le droit à la rente prend naissance, c'est-à-dire au moment où – à teneur de l'actuel art. 28 al. 1 LAI (cf. art. 29 al. 1 aLAI) – l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année son incapacité de travail ait perduré à 40 % au moins, les conditions supplémentaires conditionnant le droit à la rente prévues par l'art. 29 LAI restant réservées (Michel VALTERIO, op. cit., n. 1237 ; CIIAI, n. 1029). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 ; CIIAI, n. 1028.1). Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est pas absolu ; il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases, qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance d'invalidité (ATF 126 V 10 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; Michel VALTERIO, op.cit., n. 1235).

#### **E. 4**

a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, mais aussi sur la survenance d'une invalidité, que l'administration ou, sur recours, le juge disposent de documents de médecins, éventuellement d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement de telles preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGa). Il

A/4444/2015 - 17/25 - 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 78). Quant au degré de

preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26

A/4444/2015 - 18/25 - janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors

qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars

A/4444/2015 - 19/25 - 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte 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 et les références).

## **E. 5**

a. En l'espèce, sur la question litigieuse du moment de la survenance d'une invalidité, il n'y a guère que le SMR, suivi par l'intimé, qui le fixe au plus tard « en 2000 », en retenant que la recourante était vraisemblablement entrée en Suisse, en juillet 1999, avec une atteinte psychique incapacitante ne lui permettant pas de travailler plus de deux heures par jour. L'appréciation médicale du SMR sous-tendant la position de l'intimé doit être prise avec réserve. En effet, elle ne repose pas sur des observations cliniques personnelles du ou des médecins du SMR l'ayant émise (observations de surcroît pas trop espacées du temps où les atteintes alléguées à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail étaient le cas échéant objectivables) et que lesdits médecins n'apparaissent pas avoir disposé des qualifications professionnelles requises pour le cas considéré, soit en l'espèce en psychiatrie (même si – faut-il souligner – ils ont rempli leur rôle d'émettre une appréciation sur la base du dossier) ; de plus, ladite appréciation n'aboutit qu'à l'émission d'une hypothèse,

qualifiée de vraisemblable (avis médical du 3 novembre 2014), que l'intimé a transformée en un fait prétendument avéré. b. Dans sa réponse au recours, l'intimé a invoqué, en renfort de sa position, trois avis de médecins figurant au dossier (ceux du Dr K\_\_\_\_\_, de la Dre G\_\_\_\_\_ et des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_), dont force est de dire qu'il les interprète en en sollicitant voire déformant le contenu et que ces avis n'ont pas force probante sur la question litigieuse. En effet, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin de premier recours du PSM – déclarant dans son rapport du 8 octobre 2013, essayer de répondre lui-même aux questions de l'intimé (posées en réalité aux psychiatres du CURML ayant effectué l'expertise), compte tenu de l'interruption provisoire du suivi psychiatrique – a fait état des troubles, psychiques et somatiques, pour lesquels la recourante était connue, et il n'a répondu qu'en termes d'hypothèse à la question de la date à partir de laquelle la recourante avait présenté une atteinte psychique incapacitante, de surcroît en déviant sur la question des symptômes (et non de leur conséquence sur la capacité de gain) : « il semblerait – a-t-il indiqué – que les troubles psychiatriques de la patiente,

A/4444/2015 - 20/25 - notamment le syndrome de stress post traumatique, trouble panique et état dépressif chronique, aient débuté durant la guerre des Balkans en 1999 ». Quant à la Dre G\_\_\_\_\_, elle a indiqué dans son rapport médical du 3 janvier 2011 que la recourante présentait des symptômes d'un stress post-traumatique suite aux événements traumatiques vécus durant la guerre au Kosovo, ainsi qu'un trouble panique s'étant développé depuis plusieurs années, troubles psychiatriques qui étaient apparus dans le contexte d'un trouble de la personnalité, liés probablement à l'histoire de vie difficile et au niveau socio-éducatif de la recourante. Ladite psychiatre n'a nullement affirmé ni même laissé entendre que la recourante présentait une incapacité de gain consécutive à des atteintes à la santé déjà lors de son entrée en Suisse, quand bien même les événements ayant pu produire les symptômes relevés des années plus tard remontaient en tout cas pour partie à une période antérieure à son entrée en Suisse (en particulier le fait que son père et son mari ont été tués et les violences sexuelles subies durant la guerre au Kosovo). Dans leur rapport du 5 septembre 2011, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, dont la spécialité n'autorise pas à accorder un poids décisif sur la question des atteintes psychiques de la recourante, ont établi un rapport centrés sur les diagnostics somatiques ayant un effet sur la capacité de travail (asthme, surpoids, dorso- lombalgies et gonalgies bilatérales), en relevant que la recourante suivait, parallèlement à son traitement médicamenteux pour ses troubles somatiques, un suivi psychiatrique « en raison d'un état anxio-dépressif et un état de stress post traumatique évoluant depuis la guerre du Kosovo », au demeurant sans du tout se prononcer sur ladite évolution ni dater et quantifier une incapacité de gain susceptible d'avoir pour origine les atteintes psychiques mentionnées. Enfin, pour étayer sa thèse d'une invalidité antérieure à l'entrée en Suisse de la recourante, l'intimé a également fait état du fait que des enfants de cette dernière avaient dû être placés dans des foyers par le SPMi. Or, d'après les pièces du dossier, qui font état dans ce contexte d'un aspect dépressif de l'assurée et de violence entre les enfants et contre la recourante, il ne peut être inféré d'un tel placement que la recourante n'avait pas de capacité de travail et de gain déjà lors de son entrée en Suisse en juillet 1999, ni une année plus tard, ni même plus tard.

## **E. 6**

a. En juin 2012, sur préavis du SMR, l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante, près de deux ans après le dépôt de la demande de prestations de l'AI, et ce non sans raison, quand bien même il apparaissait alors sans doute déjà – quoique dans une

moindre mesure que postérieurement à cette expertise, lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée, et a fortiori actuellement – qu'il pourrait être difficile, même à des experts, notamment de dater une éventuelle incapacité de gain de la recourante et d'en décrire l'évolution dès l'entrée en Suisse de cette dernière en juillet 1999. Il sied d'ailleurs de noter que la demande d'expertise n'était pas centrée sur cette question précise, l'intimé n'ayant alors pas encore envisagé, du moins comme étant d'une vraisemblance prépondérante, que la recourante pourrait ne pas avoir droit à une rente de l'AI faute du nombre d'années

A/4444/2015 - 21/25 - de cotisation lors de la survenance de son invalidité ; l'intimé a instruit le dossier, jusqu'à un certain point, dans la perspective de déterminer quelle était le cas échéant l'invalidité de la recourante ouvrant un droit à une rente au regard d'autres critères que celui du nombre d'années de cotisation lors de la survenance de l'invalidité. Les expertes ont rendu leur rapport d'expertise, le 15 avril 2013. L'intimé a ensuite demandé aux expertes de préciser le point précité, ce que les expertes ont fait, autant que cela leur était possible, dans un rapport complémentaire du 28 février 2014. b. De façon générale, ledit rapport d'expertise et son complément satisfont, d'un point de vue tant formel que matériel, aux exigences jurisprudentielles permettant d'accorder force probante à de tels documents médicaux. L'expertise a été menée dans les règles de l'art par des médecins spécialistes dans la discipline médicale pertinente, à savoir la psychiatrie, en l'occurrence par une experte en psychiatrie et sous la supervision d'une autre experte en psychiatrie. Elle a comporté une anamnèse approfondie de la recourante, dûment complétée, sous l'angle psychiatrique, par une étude du dossier médical de cette dernière, depuis qu'existaient des données et évaluations médicales à son propos, et par un entretien téléphonique avec le Dr K\_\_\_\_\_ du PSM, deux entretiens téléphoniques avec l'assistante sociale de la recourante et un entretien téléphonique avec la responsable du dossier de cette dernière au SPMi. Elle a comporté trois longs entretiens de l'experte ayant mené l'expertise avec la recourante, dont les plaintes et données subjectives ont été entendues et notées, de même que le status clinique. Le rapport d'expertise énumère les diagnostics retenus et comporte une discussion du cas. Il traite de l'effet des atteintes à la santé psychique retenues sur la capacité de travail de la recourante, et parvient à cet égard à des conclusions convaincantes, tout en réservant les limitations susceptibles de résulter en outre des atteintes somatiques. c. Il appert que, sur la question précise de l'état de santé psychique de la recourante et de sa capacité de gain lors de son entrée en Suisse, les experts n'ont pas été en mesure de donner de réponses claires, ni d'ailleurs les autres médecins, en particulier psychiatres, ayant suivi la recourante. Il est patent que cela ne leur était pas possible, compte tenu des données médicales et anamnestiques disponibles et susceptibles d'être collectées. Point n'était et n'est besoin d'être un spécialiste pour retenir qu'une femme qui, à l'instar de la recourante, a vécu, dans les tourments de la guerre au Kosovo, le meurtre brutal de son père et de son mari et ayant été violentée sexuellement, ayant au surplus alors six enfants, a très probablement subi une atteinte à sa santé psychique et peut donc avoir connu, même durablement, un syndrome de stress post traumatique ou/et d'autres atteintes psychiques. Il n'en résulte cependant pas que la recourante a, de ce fait, nécessairement eu une incapacité de gain, ni même de façon hautement vraisemblable, durant les années considérées. Sur le plan médical, il résulte du dossier que des atteintes à la santé engendrant une invalidité, donc impliquant une incapacité de gain d'au moins 40 % sur plus d'une

A/4444/2015 - 22/25 - année (art. 28 al. 1 LAI ; art. 29 al. 1 aLAI), ne sont pas établies avant l'année 2004, depuis que la recourante a eu un premier suivi psychiatrique. Il doit être

retenu que si les données anamnestiques et les données résultant du dossier médical (et susceptibles d'être collectées) avaient comporté ne serait-ce que des indices d'une incapacité (même partielle) de gain antérieure, les expertes en auraient fait mention, à tout le moins dans leur rapport complémentaire, étant ajouté qu'il résulte du dossier que la recourante consultait en cas de crise et qu'elle ne l'a pas fait avant 2004. Selon le complément de rapport des expertes, la recourante avait présenté une symptomatologie anxieuse dans le contexte d'un trouble panique et d'un état de stress post-traumatique depuis 2004 ; en 2006, une décompensation de son trouble panique avait amené à une incapacité de travail de 100 % en mars, s'étant prolongée plusieurs fois par la suite, mais le traitement qu'elle avait suivi à l'époque avait permis une rémission totale de la symptomatologie, et la recourante avait repris une activité professionnelle de décembre 2007 à août 2010, sans se présenter aux rendez-vous du PSM entre 2007 et 2009 ; elle avait été revue par un psychiatre du PSM en mai 2010, qui l'avait adressée à la consultation de la Servette sans lui faire un arrêt de travail ; postérieurement à son licenciement intervenu pour la fin août 2010, elle avait présenté, en novembre 2010, une décompensation sur le plan anxieux, avec incapacité de travail à 100 %, qui subsistait depuis lors ; un état dépressif avait été mis en évidence en 2011. À ces atteintes psychiques, dont l'origine ne remonte d'ailleurs pas exclusivement aux événements vécus avant l'arrivée en Suisse (la vie que la recourante a eue en Suisse n'ayant pas été exempte de difficultés, dont – a indiqué la recourante – un viol de l'une de ses filles en 2007), se sont ajoutées des atteintes somatiques, essentiellement dès 2010. Les expertes ont relevé que le syndrome de stress post traumatique était en rémission depuis 2004 et elles ont par ailleurs liées les atteintes à la santé psychique de la recourante non seulement aux événements de la guerre du Kosovo, mais aussi à son bas niveau d'éducation et d'alphabétisation. L'année 2004 est mentionnée par d'autres médecins que les expertes comme année à partir de laquelle se sont manifestées des atteintes à la santé psychique, en particulier par la Dre G\_\_\_\_\_ (rapport du 3 janvier 2011), la Dre U\_\_\_\_\_ (rapport du 22 juillet 2014) et la Dre W\_\_\_\_\_ (rapport du 18 décembre 2014). d. L'intimé déduit une incapacité de gain de 75 % de la recourante déjà lors de son entrée en Suisse du fait que cette dernière n'a jamais travaillé qu'à un taux de 25 % de 2003 à fin juillet 2010 (avec une interruption en 2007 et 2008). Une telle déduction fait très insuffisamment cas de la réalité de la situation de la recourante, qui avait déposé en juillet 1999 une demande d'asile en Suisse, puis, près de deux ans plus tard, s'était vu refuser l'asile mais avait obtenu à pouvoir rester en Suisse au bénéfice d'une admission provisoire, avait un faible niveau d'éducation et même d'alphabétisation et, très certainement, de maîtrise du français, et avait alors six enfants, âgés, en 2001, entre 12 ans s'agissant de l'aîné et

A/4444/2015 - 23/25 - 3 ans s'agissant du cadet, dont elle avait la garde (et l'a conservée quand bien même certains d'entre eux ont été placés en foyer). La chambre de céans considère qu'il n'est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que la recourante était devenue invalide (le cas échéant à 75 %) en 2000, et d'ailleurs ni même en 2004. Les circonstances précitées peuvent fort bien expliquer à la fois qu'elle n'ait pas trouvé d'autres emplois que ceux qu'elle a obtenus à hauteur d'un 25 % d'activité environ, et qu'elle n'a pas pu ni même entendu, dans ces circonstances, travailler à un taux d'activité supérieur à 25 %. e. Si la question de l'invalidité de la recourante avant 2010 s'était posée à l'intimé abstraction faite de tout éventuel problème de nombre d'années de cotisation lors de la survenance de l'invalidité, on voit mal qu'il aurait admis, sur la base des mêmes données, que la recourante n'avait qu'une capacité de gain de 25 % dès son entrée en Suisse et qu'il

lui aurait reconnu le droit à une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 75 %. L'appréciation de cette question d'invalidité ne saurait être inversée, sous prétexte que le doute ne doit pas profiter à un assuré en matière d'assurances sociales, du fait qu'il s'agit ici de déterminer la survenance d'une invalidité. Nonobstant le fait qu'il n'est pas totalement exclu que la recourante, qui ne requiert de rente d'invalidité que depuis novembre 2011, ait pu avoir un certain degré d'invalidité déjà lors de son entrée en Suisse, compte tenu d'atteintes à sa santé psychique liées aux événements qu'elle avait vécus durant la guerre au Kosovo, il ne saurait être mis à sa charge le fardeau de devoir prouver qu'elle n'était pas invalide au début des années 2000, sur la base de pièces médicales, alors que, d'après le dossier, elle n'a pas consulté de médecin à cette époque, a priori parce qu'elle n'en a pas eu besoin ou, à tout le moins, n'apparaît pas avoir été en état de crise. La chambre de céans retient au demeurant la vraisemblance prépondérante que la recourante n'avait à tout le moins pas une invalidité de 40 % lors de son entrée en Suisse et dans les années ayant suivi. f. La décision attaquée doit être annulée pour ce premier motif.

#### **E. 7**

L'intimé a admis, dans la décision attaquée, que la recourante avait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis juillet 2010. D'après le dossier – et l'intimé paraît avoir fondé cette appréciation aussi sur cet élément –, des atteintes à la santé physique sont venues s'ajouter aux atteintes psychiques, à savoir essentiellement des lombo-cervicalgies et des gonalgies bilatérales (en plus d'asthme). Ces atteintes somatiques ont été estimées avoir des effets sur la capacité de travail de la recourante, par les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ (rapport du 5 septembre 2011), qui ne les ont pas quantifiés, et par la Dre V\_\_\_\_\_ (rapport du 18 novembre 2014), selon laquelle, sur le plan purement somatique, la capacité de travail de la recourante était de 20 % comme nettoyeuse et de 30 à 40 % dans une activité adaptée (avec une possibilité maximale de 50 % selon l'évolution clinique).

A/4444/2015 - 24/25 - Dans la mesure où ces atteintes physiques sont d'une nature toute différente que les atteintes psychiques, il appert que même s'il y avait eu survenance antérieure (fût-ce à 2000) d'une invalidité fondée sur un degré d'invalidité d'au moins 40 % en raison d'atteintes psychiques, un nouveau cas d'assurance est intervenu postérieurement au 31 décembre 2007, à une période où la condition d'une durée de cotisation (ici de trois ans) apparaît être remplie. L'octroi d'une rente d'invalidité n'apparaissait pas exclu au moins pour la part d'invalidité due à ces atteintes physiques (cf. consid. 3b § 3). La décision attaquée doit être annulée en tout état pour ce second motif.

#### **E. 8**

La recourante conclut devant la chambre de céans à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir de novembre 2011, en estimant que la survenance de l'invalidité est survenue dans son cas en novembre 2010 (apparemment en sous-entendant qu'elle aurait été entièrement capable de travailler avant ce mois-ci). La chambre de céans n'a pas à aborder ici la question de savoir à partir de quand et pour quel degré d'invalidité la recourante aurait le cas échéant droit à une rente d'invalidité (partielle ou/puis éventuellement entière). Il appert en effet qu'après avoir été quasiment mis en demeure de statuer, l'intimé s'est avisé qu'un refus de rente pouvait, selon lui, être fondé sur un défaut d'années de cotisation lors de la survenance de l'invalidité et que, dans ces conditions, il n'y avait pas lieu de poursuivre l'instruction du cas. Il a notamment renoncé à effectuer une expertise économique sur le ménage, alors que tout porte à penser que la recourante a un statut mixte et que les données

médicales n'apparaissent pas suffire à juger de ses empêchements à assumer ses tâches ménagères. Le dossier n'a pas été instruit suffisamment pour qu'il puisse être statué sur la seconde conclusion du recourant, susrappelée.

**E. 9**

Le recours sera admis partiellement, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour reprise et poursuite de l'instruction, puis nouvelle décision.

**E. 10**

a. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 400.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). b. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). \* \* \* \* \*

A/4444/2015 - 25/25 - 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.