

GE_GERICHTE ATAS/887/2009 vom 29. Juni 2009

GE Cour de justice, 2009-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_887_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/887/2009 du 29 juin 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/887/2009 del 29 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

A/240/2008 - 9/17 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 13 décembre 2007 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), ne sont pas applicables au cas d'espèce.

E. 4

Il convient de déterminer le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité. a) Selon l'art. 6 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, les étrangers et les apatrides n'avaient droit aux prestations (sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI) qu'aussi longtemps qu'ils

conservaient leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. Cette disposition - qui apparaissait contestable sous l'angle du droit à l'égalité de traitement (ATF 121 V 247 consid. 1b) - a été modifiée avec l'entrée en vigueur de la dixième révision de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), le 1er janvier 1997. En effet, aux termes du nouvel art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, 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

A/240/2008 - 10/17 - année entière de cotisation (cf. art. 36 al. 1 LAI) ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse (ATF 126 V 5 consid. 1a). Demeurent toutefois réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'États pour leurs ressortissants respectifs. En l'occurrence, la Suisse n'a toutefois pas conclu de convention de sécurité sociale avec le pays d'origine du recourant. Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS sont (sous réserve de l'art. 36 al. 3 LAI) applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires (voir à ce propos ATF 124 V 159); le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions complémentaires. Selon l'art. 32 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) en corrélation avec les art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS) et 29ter al. 2 LAVS, 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 (variante I), soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (variante II) ou, enfin, elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (variante III). b) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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

A/240/2008 - 11/17 - 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 294 consid. 4c in fine). c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en

vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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'assuré ; 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 (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI dans sa version en vigueur avant la 5e révision de la loi, 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 premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de

A/240/2008 - 12/17 - l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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 ainsi 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori 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 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 352 consid. 3b/aa et les références). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les

A/240/2008 - 13/17 - 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5a).

E. 5

En l'espèce se trouvent au dossier des attestations des médecins traitants, des avis des médecins du SMR, ainsi qu'un examen somatique réalisé par le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, du 14 février 2007, et une expertise psychiatrique réalisée par le Dr J_____, psychiatre, du 18 février 2009. Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'examen du Dr E_____, médecin officiant au SMR. Cet examen orthopédique comporte une anamnèse, tient compte des plaintes du patient, pose un statut général, et une appréciation du cas. Les diagnostics posés sont clairs et le rapport d'examen ne comporte pas de contradiction. L'expert arrive à la conclusion qu'à partir de la fin de l'année 1993, l'assuré présente une capacité de travail totale. Celui-ci peut exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire. De courts déplacements à plat sont possibles. Il doit éviter la marche en terrain irrégulier, la montée ou la descente à répétition des pentes ou des escaliers ainsi que le travail à genoux. Le port de charges supérieures à 15 kilos avec le membre supérieur gauche est prohibé. Au vu de ce qui précède, il convient de conclure que cet examen a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale et doit être suivi. Le Dr F_____ du SMR s'est également prononcé, suite à cet examen, sur la capacité de travail du recourant et l'estime entière dans l'activité de chauffeur depuis le 1er décembre 1996 et dans une activité adaptée (sédentaire ou semi-sédentaire) depuis

décembre 1993, à l'exception d'une période d'incapacité de travail de trois mois dès la fin août 1996. Il fixe le début de l'aptitude à la réadaptation théorique dès le 1er décembre 1996. Ainsi, en concordance avec les Drs E_____ et F_____, le Tribunal de céans conclura que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans sa profession dès le 1er décembre 1996. Il convient de relever que cet avis n'est pas en contradiction avec que l'avis du Dr C_____ qui dans son rapport du 30 avril 2003 estime qu'une activité compatible avec le problème linguistique, intellectuel et physique est exigible à plein temps. Quant à la Dresse G_____, elle préconise des mesures de réadaptation professionnelle, estimant que son patient est incapable de reprendre une activité de chauffeur professionnel en raison de son manque de formation et d'expérience du monde du travail, mais ne se prononce pas d'un point de vue physique; sollicitant des mesures de réadaptation, elle estime cependant à

A/240/2008 - 14/17 - tout le moins qu'une activité professionnelle adaptée est compatible avec l'état de santé de son patient. Reste à examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique ainsi que la capacité de travail de l'assuré d'un point de vue psychiatrique. L'expertise rendue par le Dr J_____ est détaillée, motivée et établie avec soin et précision. Ce médecin s'est entretenu deux fois avec le recourant, et a conduit des entretiens téléphoniques avec le Dr K_____ et les Dresses H_____ et G_____. Il a également sollicité un examen psychologique et neuropsychologique qui a été réalisé le 5 février 2009 par Madame N_____. L'expertise comporte une analyse du dossier, une anamnèse familiale, une anamnèse personnelle et une anamnèse socioprofessionnelle. Elle retranscrit les indications subjectives de l'expertisé et pose des diagnostics psychiatriques clairs qui ont été commentés par l'expert. L'expert s'est également livré à des observations et autres résultats d'examens, a procédé à une discussion et a répondu précisément aux questions qui lui étaient posées. L'expertise est particulièrement claire et ne comporte pas de contradiction. Elle a été faite dans les règles de l'art et a dès lors pleine valeur probante. L'expert, en expliquant sa position, constate que l'assuré présente un syndrome de stress post-traumatique depuis au moins 1985, avec réactivation en 1990 suite à une attaque, syndrome qui ne l'a pas empêché de travailler en qualité de chauffeur auprès de l'OMS entre 1985 et 1990 puis de photocopieur toujours auprès de l'OMS entre 1993 et 1996, date de son arrivée en Suisse. Il est allé consulter la Dresse H_____ en 1998, qui a alors diagnostiqué un état dépressif sévère ayant entraîné une incapacité totale de travail qui perdure encore à ce jour, bien que l'épisode dépressif se soit amendé et soit à l'heure actuelle léger. Les raisons de cette décompensation se situent probablement dans la rupture perçue comme définitive avec sa femme et ses enfants restés au Pakistan. L'état dépressif s'améliore lorsque la famille le rejoint, puis, lorsque sa fille aînée qui était majeure, a pu également venir en Suisse pour se faire soigner (cancer de l'œil). Actuellement, malgré un épisode dépressif léger, l'expertisé ne présente toujours pas de capacité de travail, en raison de ses troubles de la concentration importants et de ses problèmes de la mémoire. Selon l'expert, en raison desdits troubles, tout projet de reclassement professionnel est illusoire. L'expert est également catégorique et affirme, en accord avec la psychiatre traitante, que l'assuré présentait une pleine capacité de travail du point de vue psychique jusqu'en 1998, date de l'état dépressif sévère. En conclusion, l'expert estime que le recourant n'est pas capable et ne sera plus jamais capable d'exercer une activité lucrative. Selon lui, la situation restera au mieux semblable à celle d'aujourd'hui et au pire, les fonctions mentales se dégraderont au fil du temps. L'expert n'a pas pu trouver d'éléments objectifs ou subjectifs faisant état d'une atteinte psychiatrique suffisante pour entraîner une incapacité de travail avant 1998.

A/240/2008 - 15/17 - Ces conclusions claires seront suivies par le Tribunal de céans qui constate ainsi que le recourant a présenté une pleine capacité de travail d'un point de vue psychique jusqu'en 1998, et depuis lors une incapacité totale de travail. L'expertise est contestée par la Dresse I _____ du SMR - qui n'est pas psychiatre et n'a pas examiné le recourant - qui estime, sans autres arguments, que la capacité de travail de l'intéressé était déjà nulle lors de son arrivée en Suisse. Il est à relever que l'avis de ce médecin est également en contradiction avec l'avis des Drs E _____ et F _____ du SMR puisque dans un rapport du 16 juillet 2008, elle estime que le recourant avait, à son arrivée en Suisse, une incapacité de travail totale pour des raisons tant somatiques que psychiques. Quoi qu'il en soit, cette opinion, non motivée, n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions dûment motivées de l'expert psychiatre.

E. 6

Il convient dès lors de déterminer si l'assuré remplit, en 1998, date de la survenance de l'invalidité, les conditions d'assurance. Pour ce faire, il doit compter, lors de la survenance d'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou 10 années de résidence ininterrompue en Suisse. À l'évidence, le recourant ne remplit pas la condition des 10 années de résidence en Suisse, mais en revanche, l'extrait du compte individuel fourni par l'OCAI démontre qu'il a cotisé comme personne sans activité lucrative de septembre à décembre 1996, et de janvier à décembre 1997. La survenance de l'invalidité datant de 1998, le recourant remplit dès lors la condition d'assurance d'une année de cotisation et aura ainsi droit à une rente entière d'invalidité. Reste à déterminer à partir de quelle date le droit à la rente naît.

E. 7

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI applicable en l'espèce, le droit à la rente prend naissance lorsque l'assuré a présenté une incapacité de gain durable de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable. Selon cet article, l'assuré aurait ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès 1999. Cependant, il n'a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité que le 22 février 2003. En vertu de l'art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, 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 qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2, 2e phrase LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas ou ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à sa santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits, mais ignorait qu'ils donnent

A/240/2008 - 16/17 - droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 113 consid. 1a). Autrement dit, « les faits ouvrant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait connaître » sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 consid. 2c ; RCC 1984 pp. 420 ss, consid. 1). Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la demande du recourant est tardive et qu'il n'a dès lors droit à une rente entière d'invalidité que dès le 1er février 2002, ayant déposé sa demande de prestations le 22 février 2003.

E. 8

Le recours, bien-fondé, sera par conséquent admis et le recourant qui obtient gain de cause aura droit à des dépens fixés à 2'000 fr.

A/240/2008 - 17/17 -

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