

## **GE\_GERICHTE A/4131/2010 vom 7. Dezember 2011**

GE Cour de justice, 2011-12-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4131\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4131_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/4131/2010 du 7 décembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/4131/2010 del 7 dicembre 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.12.2011  
A/4131/2010

A/4131/2010 ATAS/1216/2011 du 07.12.2011 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4131/2010  
ATAS/1216/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 7  
décembre 2011 4 ème Chambre En la cause Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick DIMIER recourante  
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue  
de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame B \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou  
la recourante), née en 1968, mariée en 1986, originaire de Serbie (minorité Rom), mère d'un  
fils aujourd'hui majeur, a vécu dans le sud de la Serbie jusqu'en été 2003, moment où elle a  
migré en Suisse avec son mari en raison de discriminations basées sur son appartenance  
ethnique. Un trouble dépressif s'étant manifesté progressivement après son arrivée en  
Suisse, l'assurée a consulté un psychiatre pour la première fois en novembre 2003. Elle a  
été hospitalisée en milieu psychiatrique du 29 novembre au 15 décembre 2004 à la Clinique  
de Belle-Idée, où les médecins ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère et un trouble  
panique. Entre 2005 et 2007, l'assurée a été hospitalisée à cinq reprises en clinique  
psychiatrique pour des états cliniques semblables. Le 27 mars 2007, l'assurée a déposé une  
demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE, devenu depuis lors l'OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé)  
visant à l'obtention d'une rente. Par avis du 29 octobre 2007, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin  
auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a indiqué que les conséquences  
de l'affection psychique dont souffrait l'assurée la rendaient incapable d'exercer toute  
activité en raison de la fatigue sévère, un ralentissement psychomoteur, de troubles de la  
concentration, de difficultés de mémorisation, une hypersomnie et un sommeil non  
réparateur, des attaques de panique et un isolement. Le 28 juillet 2008, l'OAI a effectué une  
enquête économique sur le ménage, en présence du mari de l'assurée et d'une interprète de  
la Croix Rouge. Concernant le statut de l'assurée, l'enquêtrice a relevé que selon les époux,  
si l'intéressée était en bonne santé, elle travaillerait probablement à 100 % pour des raisons  
financières, puisque leur situation était précaire. Le couple avait en effet bénéficié d'une  
aide de l'Hospice général jusqu'en 2007 et vivait depuis peu sur le seul salaire du mari qui  
travaillait à 100 % en tant que plombier non qualifié pour 4'160 fr. par mois. Avec cela, ils  
arrivaient tout juste à payer leurs charges courantes. Leur fils était en études en Serbie et  
encore partiellement à leur charge financière. Selon les déclarations des époux, à leur  
arrivée en Suisse en 2003, l'intéressée avait cherché à travailler, mais son état psychique  
s'était rapidement dégradé. Il n'y avait cependant aucun document attestant d'une recherche  
d'emploi à cette époque. L'enquêtrice a cependant considéré l'assurée comme ménagère,

puisque selon les éléments du dossier, elle n'avait jamais exercé d'activité lucrative dans son pays d'origine et de plus, depuis son arrivée en Suisse, elle semblait n'avoir fait aucune démarche de recherche d'emploi. Au terme de l'enquête, l'empêchement dans les travaux ménagers était de 32.65%, Par décision du 6 octobre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations, motif pris que le degré d'invalidité de 32.65% dans l'accomplissement de ses tâches ménagères était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Le 6 novembre 2008, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, contestant le statut de ménagère tel que retenu par l'OAI. Elle alléguait que si elle n'avait jamais exercé son métier d'ingénieur agricole, c'était en raison de la situation socio-économique et de la discrimination ethnique qu'elle subissait dans son pays d'origine. Elle avait en revanche travaillé comme manœuvre sans emploi fixe dans des travaux simples en agriculture dans son pays d'origine. Par arrêt du 18 novembre 2009, le TCAS a admis le recours, considérant que même si la recourante n'avait pas pu, en raison de ses troubles physiques et psychiques, entamer de recherches d'emploi en Suisse dès qu'elle en avait eu le droit, sa volonté de travailler à plein temps - si elle avait été en bonne santé - apparaissait comme hautement vraisemblable, de sorte que le statut de personne active devait être reconnu. Il a par ailleurs jugé que la recourante présentait, en raison d'une incapacité de travail totale depuis novembre 2004, un degré d'invalidité de 100 %. Le TCAS a ainsi annulé la décision et renvoyé le dossier à l'OAI pour examen des conditions d'assurance.. En date du 11 janvier 2010, l'OAI a interjeté recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral contre l'arrêt du TCAS du 18 novembre 2009. Il a fait grief de ce que le TCAS avait apprécié les preuves de manière arbitraire; il ne s'était basé sur aucun élément de preuve du dossier mais uniquement sur les déclarations de l'assurée, pour lui reconnaître un statut d'active. Par arrêt du 2 juin 2010 ( 9C\_22/2010 ), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'OAI, considérant que rien n'indique que les premiers juges aient évalué de manière manifestement insoutenable, au regard de l'expérience générale de la vie, la situation globale de l'assurée. Pour le surplus, aucune circonstance particulière n'avait été mise en évidence par l'OAI pour remettre en cause les déclarations de l'assurée. Le parcours professionnel de cette dernière avant son arrivée en Suisse ne permettait par ailleurs pas de préjuger son statut d'active. Le fait qu'elle n'avait pas exercé auparavant une activité à plein temps ne signifiait pas encore qu'elle n'en exercerait pas par la suite et il fallait retenir que c'était son état de santé qui ne lui avait pas permis d'exercer un emploi, même à temps partiel, depuis son arrivée en Suisse. Par décision du 27 octobre 2010, l'OAI, a rejeté la demande, relevant que bien que le droit à une rente entière était ouvert dès le mois de novembre 2005, l'assurée n'avait pas droit à la rente. En effet, elle ne satisfaisait pas aux conditions d'assurances - de cotisation notamment - au moment de la survenance de l'invalidité. Par acte du 1 er décembre 2010, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours contre ladite décision par devant le TCAS. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 27 octobre 2010 et au versement d'une rente entière, avec suite de dépens. Elle a fait grief à l'intimé de ce qu'il faisait preuve, à son égard, d'une mauvaise volonté patente, invoquant un motif de refus de rente qu'il n'avait jamais invoqué durant les trois années de procédure. Selon la recourante, l'intimé faisait également preuve de formalisme excessif, dans la mesure où, pour satisfaire à la condition de la double cotisation minimale, il ne manquait que 402 fr. de cotisations sur le compte de son époux. Par ailleurs, l'intimé n'avait pas tenu compte des bonifications pour tâches éducatives relatives à l'entretien de son fils qui poursuivait ses études en Serbie. Dans sa détermination du 5 janvier 2011, l'intimé a confirmé sa position et conclu au rejet du recours. Lors de

l'audience de comparution personnelle des parties du 30 mars 2011 devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après la Cour de céans), compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la recourante a déclaré qu'elle n'avait jamais travaillé en Suisse, de sorte qu'elle n'avait pas payé de cotisations à l'AVS. Elle et son mari contribuaient néanmoins à l'entretien de leur fils, né en 1988, qui poursuivait ses études en Serbie. Il ne faisait pas ménage commun avec eux, cependant, à leur arrivée en Suisse, ils l'avaient déclaré. Depuis qu'elle et son époux avaient obtenu le permis B, en 2009, leur fils venait régulièrement les voir, tous les trois mois, pour une durée de trois mois au maximum. L'intimé à quant a lui indiqué que, s'agissant des bonifications pour tâches éducatives, il ne pouvait en être tenu compte avant la date d'affiliation de l'assurée. En outre, lesdites bonifications n'étaient prises en compte que jusqu'à l'âge de seize ans de l'enfant, le fils de la recourante n'ayant par ailleurs jamais fait ménage commun avec ses parents. Dans ses observations du 8 avril 2011, la recourante a précisé avoir toujours exercé l'autorité parentale sur son fils - tout juste âgé de seize ans en 2004 -, conjointement avec son mari. Or, c'était cette notion d'autorité parentale sur l'enfant de moins de seize ans qui devait être considérée pour la prise en compte des bonifications pour tâches éducatives. Il s'ensuivait que les bonifications pour tâches éducatives devaient être ajoutées dans les comptes individuels de son époux. Elle estimait ainsi satisfaire aux conditions d'assurance, de sorte qu'il se justifiait de lui allouer une rente AI à 100 % avec effet rétroactif au mois de novembre 2005. Dans ses écritures du même jour, l'intimé a estimé que la question de savoir si la recourante pouvait prétendre à une bonification pour tâches éducatives relevait de la compétence de la Caisse cantonale genevoise de compensation (CCGC). Par courrier du 26 août 2011, la CCGC a considéré que la recourante pouvait se prévaloir d'une bonification pour tâche éducative en 2004, son enfant étant né en 1988. Il s'ensuivait qu'elle remplissait les conditions d'assurance liées aux cotisations minimum notamment, de sorte qu'elle pouvait prétendre à une rente mensuelle d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2006 de 83 fr. Actualisé, ce montant correspondait en 2011 à une rente mensuelle de 89 fr. Par courrier du 30 août 2011, l'intimé s'en est rapporté intégralement aux développements et conclusions de la CCGC. Le 14 octobre 2011, la recourante a estimé qu'il avait été démontré qu'elle remplissait les conditions d'assurance à l'octroi d'une rente. Elle s'en est rapportée à justice pour le surplus. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue matériel, 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 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 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse date du 27 octobre 2010 et porte sur des prestations dues dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, soit après l'entrée en vigueur de la LPGA et l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, des modifications de la loi sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision). Partant, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> révisions, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 ). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA) dès la notification de la décision litigieuse. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. En effet, le recours a été déposé le 1<sup>er</sup> décembre 2010 contre une décision datée du 27 octobre 2010 et reçue le 1<sup>er</sup> novembre 2010 par la recourante. Le litige consiste à déterminer si la recourante remplit les conditions d'assurance ouvrant droit à une rente d'invalidité. 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). Elle a été abrogée et remplacée par des 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, dont la recourante est ressortissante (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.). Sous réserve de dispositions particulières de la Convention et de son Protocole final, qui ne trouvent pas application en l'espèce, les ressortissants suisses et de Bosnie-Herzégovine jouissent de l'égalité de traitement quant aux droits et aux obligations résultant des dispositions de la LAI (art. 2 de la convention). D'après l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, lequel est applicable tant pour les suisses que les étrangers, le droit aux rentes ordinaires appartient aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, cette durée a été portée à trois ans. L'alinéa 2 de cette disposition prévoit que la loi sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10) est applicable par analogie au calcul des rentes ordinaires. Aux termes de l'art. 29 bis LAVS, auquel renvoie l'art. 36 al. 2 LAI, le calcul d'une rente ordinaire d'invalidité est déterminé par les années de cotisations. Sont ainsi considérées comme années de cotisations les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations ou pendant lesquelles son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale, ou pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte (art. 29ter LAVS). S'agissant des bonifications pour tâches éducatives, les assurés peuvent y prétendre pour les années durant lesquelles ils exercent l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans (art. 29sexies al. 1 LAVS). Selon l'art. 48 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, 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 donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande

dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. En l'occurrence, l'instruction de la cause par la CCGC a permis de mettre en évidence qu'en tenant compte des bonifications pour tâches éducatives jusqu'aux 16 ans de son fils, la recourante remplissait au moment de la survenance de l'invalidité, à savoir en novembre 2005, les conditions d'assurance ouvrant droit à une rente d'invalidité. Étant donné cependant que la recourante n'a déposé sa demande de prestations qu'en date du 1<sup>er</sup> mars 2007, la Cour de céans constate que la rente ne peut être versée que pour les douze mois précédents, conformément à l'art. 48 al. 2 LAI, à savoir dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, ce que les parties ne contestent au demeurant pas. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis. La cause est renvoyée à l'intimé pour calcul des prestations dues et nouvelle décision. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, (art. 69 al. 1 bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, la recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision du 27 octobre 2010. Renvoie la cause à l'OAI pour procéder au calcul des prestations dues et nouvelle décision. Condamne l'OAI à payer à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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