

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/652/2013

ATAS/1137/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 novembre 2014**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_1970, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le 4 mai 2011, une demande visant à l'octroi d'une rente et à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle.  
  
Elle est suivie depuis juillet 2010 par le Docteur B\_\_\_\_\_, psychiatre FMH.
2. Mandaté par l'OAI, le Docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre, a réalisé une expertise le 27 février 2012.
3. Par décision du 18 janvier 2013, l'OAI a, sur la base de ladite expertise, rejeté la demande de prestations.
4. L'assurée, représentée par Me Marc MATHEY-DORET, a interjeté recours le 21 février 2013 contre ladite décision. Elle a produit un rapport établi à sa demande par le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre, le 18 avril 2013.
5. Au vu des avis médicaux divergents, la chambre de céans a, par ordonnance du 21 novembre 2013, confié au Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre, un mandat d'expertise.
6. Celui-ci a rendu son rapport le 4 juillet 2014.

Il a notamment relevé qu'

« à la fin des études, *l'assurée* a travaillé pendant un mois dans l'entreprise E\_\_\_\_\_, puis en tant que secrétaire dans une étude d'avocat pendant deux ans. Elle aurait été très appréciée comme employée, mais le stress lié à la surcharge de travail a provoqué des conduites boulimiques et une majoration de ses rituels. Elle a alors décidé d'arrêter son emploi et de réorienter sa vie pour créer une famille.

L'expertisée n'a plus travaillé depuis 1993 et c'est son mari qui a subvenu aux besoins financiers du ménage. (...)

Lorsque son ex-mari a découvert l'ampleur des négligences en 2010, il a repris les choses en main. Elle a été dirigée vers l'Hospice général qui depuis la soutient financièrement ».

Il a constaté que

« Le début des troubles psychiques de *l'assurée* se situe dès l'âge de 9 ans ; l'expertisée développe des troubles obsessionnels-compulsifs, notamment de contrôle de la propreté, de rangement, que la lumière soit bien éteinte, etc.

À partir de l'été 1985 (15 ans), elle développe des conduites boulimiques, surtout nocturnes suite à une remarque négative de son père sur son corps après qu'elle ait mangé trop de chocolat. La boulimie serait rapidement devenue un comportement compulsif (avec provocations de vomissements donc purgative) et a persisté jusqu'à ses 25 ans. Ce serait la survenue de sa grossesse qui a été l'élément déclencheur de cet arrêt.

À 17 ans, sa mère l'aurait envoyée voir une psychologue qui ne comprenait rien d'elle. Elle ne s'est pas rendue à la plupart des consultations car les trouvait inutiles et préférerait sortir pendant ce temps avec son ami.

En 1996 suite à l'accouchement elle aurait présenté un baby blues sévère. Elle est très angoissée par son rôle de mère, ayant autant peur de ne pas réussir à gérer son fils que la crainte obsessionnelle que celui-ci ne décède brutalement. (...)

« Chronologiquement ce serait en 1998 [recte 1988] (à l'âge de 18 ans), suite à la perte de la figure protectrice qu'était sa marraine que vont apparaître des troubles du cours et du contenu de sa pensée. Suite au décès, elle a traversé dans un premier temps une phase dépressive de repli, puis sont apparues des croyances interprétatives, pseudo-délirantes ou des intuitions qui lui auraient entre autres permis (selon elle) de découvrir les significations cachées de la vie et d'aller mieux. Le premier traitement spécialisé arrive tardivement dans l'évolution, soit en 2010 par le Dr B\_\_\_\_\_ suite à une période catastrophique : faute d'argent elle n'arrivait plus à payer nombres de choses, se privait et ne mangeait quasi plus (ce qui ne lui posait aucun problème tant que son fils avait à manger). Constatant ces dysfonctionnements c'est une numérologue qui l'aurait orientée vers ce traitement. (...)

*L'assurée* n'a une conscience morbide que partielle de ses troubles, elle reste ancrée dans son système de croyances avec ses vérités propres ».

Le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble schizotypique présent depuis l'adolescence / âge adulte et de trouble obsessionnel compulsif, avec compulsions au premier plan, présent depuis 1979.

Il a conclu à une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité envisagée.

7. Les parties ont été invitées à se déterminer.
8. Le 11 août 2014, l'OAI a proposé l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011.
9. Le 21 août 2014, l'assurée a rappelé qu'elle avait été empêchée de déposer sa demande de prestations en temps utile, qu'elle avait agi en mai 2011 dès qu'elle avait pu être aidée administrativement et surtout médicalement et pris connaissance des faits donnant droit à des prestations AI. Elle conclut dès lors à ce que la rente entière d'invalidité lui soit versée à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006 déjà.
10. Invité à se déterminer, l'OAI, par écriture du 15 septembre 2014, a relevé que l'assurée ne travaille plus depuis 1993, qu'elle est femme au foyer et qu'elle s'est occupée de son enfant depuis 1996, qu'en 2006, elle était encore mariée, que la séparation avec son époux est intervenue en avril 2006 et le divorce en mai 2009, que pendant la période de séparation et après le divorce, elle n'a apparemment pas rencontré d'empêchements pour effectuer les démarches administratives pour elle et son enfant - dont elle avait la garde, ainsi que l'autorité parentale conjointe -, et qu'à aucun moment, une curatelle, voire une tutelle, n'a été instaurée en sa faveur, que lorsque sa situation financière s'est détériorée, elle a su faire appel à l'Hospice

général, que le premier certificat médical indiquant un arrêt de travail à 100% date de juillet 2010, date à laquelle elle a consulté un médecin pour la première fois, que selon l'expert, l'incapacité de travail est totale « au moment de la présente évaluation ». L'OAI considère que l'incapacité de travail entière doit être fixée au moment le plus probable et vraisemblable, à savoir la date du début de traitement chez le Dr B\_\_\_\_\_, soit le 1<sup>er</sup> juillet 2010. Il maintient, partant, ses conclusions du 4 août 2014 (recte 11 août 2014).

11. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 28 octobre 2014.

À cette occasion, l'assurée a plus particulièrement décrit la façon dont s'était déroulée la journée du 2 juin 2010, lorsque les SIG avaient coupé l'électricité dans son appartement.

Ses parents étaient alors intervenus et avaient pu l'aider à affronter les diverses démarches administratives qu'elle avait négligées jusque-là.

Elle a par ailleurs expliqué que son entourage ne s'était pas rendu compte de ses souffrances, parce qu'elle s'appliquait à être toujours souriante comme on le lui avait appris.

Elle n'avait pas conscience d'être malade et pensait qu'elle était « juste un peu pénible ». Elle a ajouté qu'elle n'avait réalisé qu'elle était malade que lorsque le Dr B\_\_\_\_\_ avait commencé à lui établir des certificats d'incapacité de travail.

Elle a précisé, sur demande du Tribunal, que sa marraine était décédée le 3 janvier 1998.

12. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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.

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA).
3. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI,

«L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins ».

L'art. 29 LAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, précise que

« <sup>1</sup> Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

<sup>2</sup> (...)

<sup>3</sup> La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance » ;

Le droit à des prestations arriérées est prévu à l'art. 24 LPGA, selon lequel

« <sup>1</sup> Le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée ».

Aux termes de l'article 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 ».

La jurisprudence du Tribunal fédéral y relative est très restrictive, dans la mesure où par « faits ouvrant droit à des prestations », il faut entendre l'atteinte à la santé physique et mentale qui ouvre droit à des prestations, et non pas la faculté subjective de l'assurée de se faire une idée de son état. Il s'agit bien plutôt de savoir si les faits ouvrant droit à prestation peuvent objectivement être constatés ou non. Ainsi l'assuré qui connaissait les faits ouvrant droit à des prestations, mais qui ignorait qu'ils lui donnaient droit à ses prestations, ne peut se prévaloir de cette disposition (ATF 102 V 112 consid. 1a p. 113).

Cette disposition légale a été supprimée.

Selon le nouvel art. 48 LAI, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012,

« <sup>1</sup> Si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la

naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

<sup>2</sup> Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes:

- a. il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations;
- b. il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits ».

La 6<sup>ème</sup> révision de l'AI est ainsi venue apporter une correction à la 5<sup>ème</sup>, au motif que

« La 5e révision de l'AI a redéfini le début du droit à certaines prestations, en prolongeant sans le vouloir de un à cinq ans le droit rétroactif aux allocations pour impotent, aux mesures médicales et aux moyens auxiliaires. Il s'agit donc, pour ces prestations, de revenir à la situation qui prévalait avant ladite révision en fixant le droit rétroactif à douze mois.

Cette redéfinition touche les rentes, à l'art. 29 LAI (le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations), ainsi que les mesures d'ordre professionnel et les mesures de réinsertion, à l'art. 10, al. 1, LAI (le droit aux mesures prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations). De ce fait, l'art. 48 LAI, qui autorisait à verser des prestations avec un effet rétroactif de douze mois au maximum, a été purement et simplement supprimé; pour toutes les prestations pour lesquelles le début du droit n'est pas spécialement réglé dans la LAI, c'est l'art. 24 LPGA qui s'applique; or celui-ci prévoit un droit rétroactif de cinq ans. Pour les cas d'assurance survenus depuis le 1er janvier 2008, il existe donc un droit rétroactif de cinq ans aux allocations pour impotent, aux mesures médicales et aux moyens auxiliaires.

Cette modification a créé une inégalité par rapport à l'allocation pour impotent de l'AVS, qui limite à douze mois le droit rétroactif à une API (art. 46 LAVS). Elle en compromet en outre l'exécution, car il est souvent presque impossible d'examiner un droit cinq ans après sa naissance. Or cet examen est très important étant donné les sommes qui peuvent être réclamées après coup: par exemple, elles s'élèvent à 27 360 francs (5 ans × 12 mois à 456 francs) pour une impotence légère et même à 68 400 francs pour une impotence moyenne dans le cas d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Les conséquences du droit rétroactif aux prestations sont encore réduites pour l'instant du fait que ce droit ne peut remonter en deçà du 1er janvier 2008 (entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI), mais elles ne cesseront de prendre de l'importance ».

---

(Message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité - 6<sup>ème</sup> révision - du 24 février 2010, p. 1702)

4. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).
5. En l'espèce, il résulte de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ - ayant au demeurant valeur probante - que l'assurée présente une incapacité de travail de 100% dans toute activité.

Le droit à une rente entière d'invalidité se justifie dès lors.

6. L'OAI ne le conteste pas ; il conclut à l'octroi de la rente à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2011, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations, en application de l'art. 29 al. 1 LAI ;

En effet, le droit à la rente naît dès la survenance du cas d'assurance, mais au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. Si une personne dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son arrêt de travail, il s'agit d'une demande tardive. Elle perd alors son droit à la rente pour tous les mois de retard (circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, n° 2027).

7. L'assurée considère toutefois qu'elle peut prétendre à une rente à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006 déjà, soit en remontant cinq ans avant le dépôt de la demande. Elle se réfère à cet égard au chiffre 2028 de ladite circulaire, selon lequel

« Si la personne assurée ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou si elle a été objectivement empêchée d'agir en temps utile pour cause de force majeure (p. ex. lors d'une maladie psychique grave), des prestations lui seront allouées rétroactivement à condition qu'elle présente une demande dans les six mois qui suivent le moment où elle a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1988 p. 597, 1984 p. 420 s. consid. 1, 1975 p. 134). Elle peut le faire même si les personnes énumérées à l'art. 66, al. 1, RAI n'ont pas agi à sa place, alors qu'elles étaient légitimées à le faire (par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1983 p. 384, 1977 p. 52). Dans ce cas, les prestations sont accordées à la personne assurée dès le moment où toutes les conditions sont objectivement réalisées pour le droit à la rente. Le paiement des prestations arriérées ne s'effectue toutefois rétroactivement qu'au maximum sur cinq ans à partir du mois auquel la demande a été présentée (no 10205 DR) ».

8. En l'occurrence, l'assurée a déposé sa demande de prestations AI le 4 mai 2011. A cette date ni l'art. 48 LAI, teneur jusqu'au 31 décembre 2007, ni l'art. 48 LAI, teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, n'étaient en vigueur.

---

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral toutefois, si l'incapacité de travail est survenue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 48 al. 2 aLAI reste applicable (ATF 9C\_583/10). Il s'agit dès lors d'examiner depuis quelle date l'assurée présente une incapacité de travail d'au moins 40%.

9. Selon l'OAI, l'invalidité est survenue en juillet 2010, date à laquelle l'assurée a consulté un médecin psychiatre pour la première fois. Or, il ressort de l'expertise réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_ que l'assurée a développé très jeune des troubles obsessionnel compulsifs, qu'elle a manifesté une grande fragilité à diverses reprises (boulimie, baby blues sévère) pour finalement verser dans des croyances interprétatives pseudo-déirantes. Le Dr F\_\_\_\_\_ a ainsi posé les diagnostics de trouble schizotypique présent depuis l'adolescence / âge adulte et de trouble obsessionnel compulsif avec compulsions au premier plan présent depuis 1979.

On ne sait pas précisément à quel moment les troubles dont elle souffrait auraient entraîné une incapacité de travail, puisqu'elle n'était suivie par aucun médecin. La date de la survenance de l'invalidité peut toutefois, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, être fixée à juin 1999, soit une année après le décès de la marraine de l'assurée, décès qui a représenté, selon le Dr F\_\_\_\_\_, l'évènement déclencheur de l'aggravation de ses troubles. L'invalidité étant ainsi survenue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 48 aLAI, teneur jusqu'au 31 décembre 2007, s'applique en l'espèce.

10. A cet égard, l'OAI considère que l'assurée a tout à fait été capable d'effectuer toutes les démarches utiles s'agissant de sa séparation en 2006, de son divorce en 2009, de son enfant et de sa situation financière. Tel n'est pas l'avis de la chambre de céans. Il y a plutôt lieu en réalité de se demander, au vu de la jurisprudence rappelée supra, à quel moment l'assurée a su qu'elle était atteinte dans sa santé. Force est à cet égard de constater qu'elle n'était pas consciente de souffrir de problèmes psychiques - quelle qu'en soit la définition ou le diagnostic précis - et du fait que ces derniers l'auraient empêchée de mener à bien son activité lucrative. Elle s'est du reste adressée au Dr B\_\_\_\_\_ en juillet 2010 - non pas parce qu'elle pensait avoir subi une atteinte à sa santé et souhaitait bénéficier d'un traitement médical -, mais parce qu'un numérologue le lui avait recommandé au vu de sa situation financière catastrophique. Selon le Dr F\_\_\_\_\_, « l'assurée a une conscience morbide que partielle de ses troubles, elle reste ancrée dans son système de croyances avec ses vérités propre ». Il apparaît ainsi que l'assurée ne réalisait pas, en raison de son état de santé psychique précisément, qu'elle était atteinte dans sa santé et incapable de travailler de ce fait.
11. La rente d'invalidité peut dès lors lui être allouée pour une période antérieure aux douze mois précédant le dépôt de la demande, si elle a présenté sa demande dans les douze mois dès le moment où elle en a eu connaissance (art. 48 al. 2 aLAI). On peut fixer cette date à juillet 2010, lorsqu'elle a consulté le Dr B\_\_\_\_\_. En déposant sa demande de prestations AI le 4 mai 2011, elle a agi dans le délai de douze mois prévu à l'art. 48 al. 2 aLAI.

12. Il y a dans ces conditions lieu d'admettre le recours, en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006 (art. 24 LPGA). Partant, la décision litigieuse sera annulée.
13. Aux termes de l'art. 61 let. g de la LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (ATFA du 1er mars 1990 en la cause C.P.).

En l'espèce, les dépens seront fixés à CHF 2'000.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 18 janvier 2013.
3. Dit que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2006.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 2'000.-, à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le