

GE_GERICHTE ATAS/449/2017 vom 6. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_449_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/449/2017 du 6 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/449/2017 del 6 giugno 2017

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, dès lors que la décision attaquée a 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

A/2337/2016 - 11/23 - LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le recours, interjeté le 8 juillet 2016 contre la décision litigieuse du 10 juin 2016, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

a. Le premier grief que soulève le recourant à l'encontre de la décision attaquée est que l'intimé la lui a notifiée alors que son avocat venait de recevoir le dossier mais n'avait pas encore pu se déterminer sur le projet annoncé ainsi qu'il avait pourtant dit vouloir le faire. b. Selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), les parties à une procédure administrative ou judiciaire ont le droit d'être entendues. L'art. 42 phr. 1 PLGA le répète dans le domaine des assurances sociales. De ce droit se déduit notamment celui de tout justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 604/01 du 13 août 2002 consid. 2a/aa ; ATAS/431/2017 du 30 mai 2017 consid. 2 ; ATAS/343/2017 du 2 mai 2017 consid. 6 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]. Commentaire thématique, 2011, n. 3182 ss). En matière d'AI, l'art. 57a al. 1 phr. 1 LAI prévoit que l'office AI doit communiquer à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. Cette procédure de préavis tend à concrétiser le

droit d'être entendu de l'assuré, auquel ladite disposition, à sa phr. 2, fait d'ailleurs explicitement référence. Elle vise à instaurer un dialogue direct avec l'assuré afin de garantir que les faits soient établis correctement et, le cas échéant, d'expliquer les motifs pour lesquels l'office AI prévoit de rendre une décision négative ou différentes des conclusions de l'assuré. L'art. 73ter al. 1 et 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) prévoit que les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours, par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (l'office AI devant, dans ce cas-ci, établir un procès-verbal sommaire), délai qualifié de non prorogeable (Michel VALTERIO, op. cit., n. 2954 ss).

A/2337/2016 - 12/23 - c. L'omission d'envoyer un préavis à l'assuré et de lui accorder trente jours pour prendre position constitue une violation du droit d'être entendu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_577/2008 du 7 novembre 2008 consid. 4.6). Dans la mesure où l'accès au dossier constitue un préalable le plus souvent indispensable à un exercice effectif du droit d'être entendu que vise à faire respecter la procédure de préavis, la question pourrait se poser de savoir si le dies a quo du délai de trente jours pour prendre position sur le projet de décision ne devrait pas être reporté au jour de la communication du dossier, pour autant que celle-ci ait été requise avec diligence. Par ailleurs, compte tenu de la finalité de la procédure de préavis, il appert que l'office AI ne saurait être tenu de rendre une décision formelle à l'échéance dudit délai dans la mesure où l'assuré fait valoir ou annonce de façon crédible qu'il va produire des éléments justifiant que l'instruction du dossier soit reprise et approfondie. L'ouverture de la procédure de préavis ne doit pas permettre à l'office AI de se soustraire à son devoir, en application de la maxime inquisitoire régissant la procédure en matière d'assurances sociales, d'établir d'office – et donc aussi à la suite d'une demande pertinente de l'assuré faite par exemple dans le cadre de la procédure de préavis – les faits déterminants, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective, même s'il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties (art. 43 et 61 let. c LPG; 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. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 2623 et 2862 ss). d. En l'espèce, eu égard à l'issue devant être donnée au recours, la question peut être laissée ouverte de savoir si l'intimé a violé le droit d'être entendu du recourant en lui notifiant la décision attaquée, certes à l'issue du délai de trente jours à compter de la communication de son projet de décision du 4 mai 2016 (annulant celui du 24 mars 2016, confirmé encore le 2 mai 2016), par un fax du 10 juin 2016 et un recommandé du 13 juin 2016, alors qu'il venait, par un courrier du 7 juin 2016, d'envoyer le dossier sous forme d'un CD à son avocat, en réponse à une demande de ce dernier du 3 juin 2016, et si cette violation, eu égard à la nature formelle du droit d'être entendu, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond.

E. 3

L'intimé a nié au recourant, ressortissant français s'étant domicilié en Suisse et y ayant acquis sa résidence habituelle le 16 septembre 2010, le droit à une rente ordinaire d'invalidité du fait que, selon lui, il était invalide pour des motifs psychiques déjà lors de son entrée en Suisse, d'une part, et qu'en tout état il ne totalisait pas la durée minimale requise de cotisations lors de la survenance de l'invalidité, d'autre part, et qu'ainsi il ne

remplissait pas, à un double titre, les conditions d'assurance. Il lui a aussi nié le droit à des mesures professionnelles, mais ce point n'est pas contesté et n'apparaît pas contestable compte tenu des atteintes à la santé du recourant et des avis médicaux convergents excluant, actuellement, que la capacité de travail de ce dernier, nulle dans toute activité,

A/2337/2016 - 13/23 - puisse être rétablie ou améliorée un tant soit peu significativement par des mesures de réadaptation.

E. 4

a. 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 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. b. 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/786/2016 du 4 octobre 2016 consid. 2c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 6 ; ch. 3003 de la Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL] ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1231). c. Pour les ressortissants suisses et ceux des États de l'UE et de l'AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège), l'examen de la durée minimale de cotisation dans l'AI peut impliquer la prise en compte des périodes de cotisations accomplies dans l'un ou plusieurs de ces États. Il faut commencer par vérifier si la durée minimale de cotisation de trois ans est remplie au moyen des périodes d'assurance suisses (la durée de trois années entières étant réputée remplie si la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de 2 ans et 11 mois) ; si cette durée minimale n'est pas remplie au moyen des périodes d'assurance suisses, il faut tenir compte des périodes de cotisations accomplies dans les États de l'UE ou de l'AELE, mais il faut que la durée de cotisation en Suisse soit au moins d'une année pour qu'une rente ordinaire d'invalidité puisse être octroyée (ch. 3005 CIBIL).

A/2337/2016 - 14/23 -

E. 5

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 (ch. 3004 CIBIL). 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 fois (Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance 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 a 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 136 V 369 ; 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,

A/2337/2016 - 15/23 - op.cit., n. 1235). Comme le Tribunal fédéral l'a rappelé dans un arrêt du 9C_36/2015 du 29 avril 2015 (consid. 5.2), en faisant référence à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 65/66 du 27 juillet 1966, la jurisprudence admet de longue date que si la personne assurée ne remplissait pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découlait pas qu'elle se verrait dans tous les cas et à tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation, car il pouvait tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînaient autant de survenances successives de l'invalidité, et même une seule et même cause d'invalidité pouvait entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Un nouveau cas d'assurance peut survenir

même si une première atteinte à la santé est toujours présente et cause une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaît (arrêts du Tribunal fédéral 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 ; 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 ; 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1).

E. 6

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 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).

A/2337/2016 - 16/23 - 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 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

A/2337/2016 - 17/23 - 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 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. 7

a. En l'espèce, il y a lieu de déterminer si le recourant est devenu invalide, pour l'une ou l'autre des pathologies le cas échéant distinctes évoquées, alors qu'il avait cotisé en Suisse à l'AI depuis au moins une année, étant précisé que si la durée minimale de cotisation devant s'appliquer était de trois ans parce que l'invalidité considérée serait survenue après le 31 décembre 2007 on ne saurait exclure, en l'état du dossier, qu'il puisse compléter les périodes d'assurance suisses par des périodes de cotisations accomplies dans un État de l'UE ou de l'AELE (en

A/2337/2016 - 18/23 - particulier en France, où il indique avoir cotisé durant plus de huit années). L'intimé n'a nullement instruit le dossier sur cette question, ni ne s'est prononcé sur le fait qu'à teneur de l'extrait de compte individuel figurant au dossier, le recourant a cotisé en Suisse, certes pour de très faibles revenus (sauf de septembre à décembre 2010), d'août 2010 à décembre 2012, soit durant deux ans et cinq mois (et non deux ans et neuf mois comme le prétend le recourant). Comme le recourant s'est installé en Suisse le 16 septembre 2010, il ne serait possible, en l'état du dossier, de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité que pour des invalidités survenues avant le 16 septembre 2011. b. Le recourant prétend qu'il souffre de trois pathologies invalidantes distinctes, à savoir une schizophrénie paranoïde, des douleurs intenses de l'hémiface gauche à caractère neuropathique associées à une paralysie faciale et parésie du nerf hypoglosse et compliquées d'une lésion des nerfs crâniens VII et XII, et une cardiopathie ischémique, et il estime que la survenance d'une invalidité pour ces pathologies remonterait respectivement à juillet 2014 pour la première, en février 2012 pour la seconde et, compte tenu d'une interruption notable de ses problèmes cardiaques, en 2013 pour la troisième. Il n'est pas contesté que le recourant a rencontré des problèmes relevant des trois domaines médicaux considérés avant la date déterminante précitée du 16 septembre 2011. Cela ne signifie cependant pas qu'une invalidité ouvrant le droit à une rente d'invalidité était déjà survenue avant cette date-ci, autrement dit qu'en raison desdites pathologies prises pour elles-mêmes dans la mesure où elles seraient totalement distinctes, le recourant avait présenté avant ladite date 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 perdurait à 40 % au moins. L'intimé n'a pas examiné attentivement si tel était ou non le cas, se bornant – lors de son revirement de position consécutif à sa prise de conscience de la question des conditions d'assurance, survenue entre le 2 et le 4 mai 2016 – à affirmer que l'incapacité de travail de longue durée du recourant devait être fixée avant l'arrivée en Suisse de ce dernier le 16 septembre 2010. Jusque-là, d'autant plus que le recourant ne pourrait prétendre à une rente d'invalidité jamais que depuis le 1er juin 2014 eu égard à la tardiveté du dépôt de sa demande de prestations (intervenu le

E. 11

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1er juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.-.

E. 12

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, respectivement à l'assistance juridique (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]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 800.-. Le bénéfice de l'assistance juridique n'implique pas qu'une

A/2337/2016 - 22/23 - telle indemnité ne doive pas être allouée ; elle est prise en compte par le service de l'assistance juridique, qui en a automatiquement connaissance au moment où il traite l'état de frais que lui adresse le moment venu l'avocat nommé d'office.

* * * * *

A/2337/2016 - 23/23 -

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.