

GE_GERICHTE A/2918/2017 vom 10. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2918_2017

FR: GE_GERICHTE A/2918/2017 du 10 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE A/2918/2017 del 10 luglio 2018

Erwägungen

E. 1

Les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé. 1bis Lorsqu'une convention de sécurité sociale conclue par la Suisse prévoit que les prestations ne sont à la charge que de l'un des États contractants, il n'y a pas de droit à la rente d'invalidité si la législation de l'autre État accorde un tel droit du fait de la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays par les ressortissants suisses ou ceux de l'État contractant.

E. 2

Les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA4) 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'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse.

E. 3

Le droit aux prestations des personnes qui ont eu successivement plusieurs nationalités est déterminé en fonction de celle qu'elles possèdent pendant la période où les prestations leur sont versées ». Pour que l'AI puisse allouer des prestations, les conditions d'assurance doivent être réalisées lors de la survenance de l'invalidité. Les conditions d'assurance comportent deux critères : – une durée minimale de cotisations (art. 36, al. 1, LAI) ; – un domicile et une résidence habituelle en Suisse. D'après l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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^{er} janvier 2008, cette durée a été portée à trois ans. À partir de l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI en effet, seuls les assurés qui comptent trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité ont droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Par conséquent, la durée minimale de cotisations de trois années vaut pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la réalisation du cas d'assurance (survenance de l'invalidité) est intervenue à compter de l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI. Ce n'est, à cet égard, pas la date de la décision qui est déterminante (ATAS/311/2013). Les conditions d'assurance qui doivent être remplies lors de la survenance de l'invalidité peuvent être assouplies en faveur de certains ressortissants étrangers, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE/AELE, des conventions bilatérales et, pour les réfugiés, conformément à l'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides (voir les Directives concernant le statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et l'AI et la Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI [CIBIL]). (CIIAI n°1042) En l'occurrence,

l'assurée étant de nationalité grecque, l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE/AELE s'applique. 6. La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Lors de la naissance du droit à la rente, les cotisations dues par la personne assurée doivent être payées; à tout le moins l'assuré doit pouvoir encore s'en acquitter (OFAS, Directives dans le domaine des rentes, état au 1^{er} janvier 2007, n° 5009).!> C'est le lieu de rappeler que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/09 ; ATF 126 V 5 consid. 2b et références y citées). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente, soit au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2009), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins. Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^e anniversaire (RCC 1984 p. 463). L'événement assuré n'est pas réputé survenu tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière durant le délai d'attente (art. 18, al. 1 et 2, RAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation. En effet, la rente ne peut alors prendre naissance au sens de l'art. 29, al. 2, LAI (Pratique VSI 2001 p. 148). Les assurés domiciliés en dehors des États de l'UE et de l'AELE ont droit à une rente à condition d'avoir présenté une incapacité de travail de 50% en moyenne sans interruption notable pendant une année et si le taux d'invalidité s'élève à 50% au moins à l'échéance du délai d'attente, ou s'ils présentent une incapacité de gain permanente d'au moins 50% (art. 29, al. 4, en relation avec l'art. 28, al. 1, LAI, art. 10 du règlement n° 1408/71 [pour les États de l'AELE] et art. 7 du règlement n° 883/04 [pour les États de l'UE]). 7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).!> 8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.!> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 9. 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).>![endif]>![if> 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. 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 (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 10. 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).>![endif]>![if> Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). 11. Il s'agit en l'espèce de fixer la date de survenance de l'invalidité, en d'autres termes, de déterminer à quel moment l'atteinte à la santé dont souffre l'assurée - qui n'est pas contestée - a entraîné, de par sa nature et sa gravité, une incapacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il y a également lieu de rappeler à ce stade que la survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente, soit au moment

où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2009), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins.![endif]>![if> 12. L'intéressée a présenté en septembre 2015 une crise d'épilepsie que le Prof. C_____ qualifie d'inaugurale. C'est cette date que retient l'OAI dans ses écritures du 4 mai 2018, au motif qu'il s'agit de la première manifestation symptomatique.![endif]>![if> Or, le Prof. C_____ a attesté qu'il n'y avait incapacité qu'à partir d'avril 2016. Même s'il est vrai que le Prof. C_____ n'a pas examiné l'intéressée au moment où cette crise est intervenue – ce que souligne l'OAI –, le Prof. D_____ confirme le 12 octobre 2017 de ce que jusqu'à fin février 2016, date de la fin de son suivi, la capacité de travail et la capacité de gain de celle-ci n'avaient pas diminué. Du reste, le médecin du SMR ne partage pas non plus l'avis de l'OAI puisqu'il a lui-même considéré, dans son avis du 19 avril 2018, que c'est depuis le diagnostic que l'incapacité de travail est de 100% dans toute activité, et non depuis la crise d'épilepsie survenue en septembre 2015. La date de la survenance de l'invalidité ne saurait dès lors être fixée à septembre 2016. 13. Dans sa décision du 7 juin 2017, l'OAI a fixé la date de la survenance de l'invalidité au mois de février 2017, le diagnostic ayant été posé en février 2016.![endif]>![if> L'intéressée ne conteste pas que le diagnostic ait été posé en février 2016, mais fait valoir que l'atteinte à la santé n'a eu d'influence sur sa capacité de travail et sa capacité de gain qu'à compter d'avril 2016. Elle considère que le fait de poser un diagnostic, quel qu'il soit, ne saurait rendre la personne automatiquement invalide, tant qu'elle ne présente pas de diminution de gain. Elle produit, à l'appui de ses allégations, un certificat du Prof. C_____ du 2 septembre 2016. Il est vrai que ce certificat est succinct. Il se borne à attester d'une capacité de travail nulle dès le 20 avril 2016 pour une durée indéterminée. Dans son rapport du 15 juillet 2016 toutefois, le Prof. C_____ est plus précis et décrit la chronologie des faits, comme suit : - septembre 2015 : crise d'épilepsie inaugurale, - février 2016 : pose du diagnostic - avril 2016 : apparition de troubles cognitifs et de troubles praxiques - mai 2016 : apparition de troubles psychotiques avec des troubles mnésiques, un délire de persécution et une totale dépendance Il explique le 10 avril 2018, sur demande de la chambre de céans, pour quelle raison il avait fixé le début de l'incapacité de travail au 20 avril 2016 : c'est à ce moment-là que sont apparus des troubles cognitifs et des troubles praxiques importants, perturbant fortement la vie quotidienne et de nature à empêcher la poursuite d'une activité professionnelle. Par ailleurs, le Dr D_____ a indiqué en mars 2016 que l'intervention subie par l'intéressée en février 2016 avait eu une évolution favorable, sans complication en particulier neurologique et confirmé le 12 octobre 2017, qu'il avait traité et suivi l'intéressée jusqu'à fin février 2016, et que durant ce suivi, celle-ci n'avait présenté ni diminution de gain, ni perte d'autonomie liées à son affection médicale. On peut ajouter que selon sa demande d'allocation pour impotent, l'intéressée a besoin d'un accompagnement constant et d'aide depuis avril 2016 seulement. 14. Le SMR relève le 19 septembre 2017 qu'il est vraisemblable qu'au vu de la taille de la tumeur, dont était atteinte l'intéressée, celle-ci était déjà visible en septembre 2015 lors de l'imagerie cérébrale, de sorte qu'il était urgent de traiter l'intéressée. Il peine dès lors à croire qu'à ce moment, une capacité de travail puisse être mise en évidence. ![endif]>![if> Interrogé à cet égard, le Prof. C_____ a toutefois précisé que « Selon mon expérience, une crise d'épilepsie, ou même le diagnostic d'une tumeur cérébrale, n'implique pas automatiquement une incapacité de travail. En effet, de très nombreux patients poursuivent leur activité professionnelle, ayant eu une ou plusieurs crises d'épilepsie, ou avec un diagnostic de tumeur cérébrale, y compris de glioblastome. Par contre, l'apparition de troubles fonctionnels et neurologiques sévères

est bien sûr synonyme la plupart du temps d'une incapacité de travail ». 15. Force est de constater que les avis du Prof. C_____ sont clairs, précis et viennent confirmer ceux du Dr D_____, étant rappelé que tous deux sont spécialistes en neurochirurgie et oncologie. Ceux du médecin du SMR en revanche sont fondés sur des généralités et des probabilités. Il convient dès lors d'accorder aux avis du Prof. C_____ et du Dr D_____ valeur probante et de considérer que la survenance de l'invalidité peut être fixée, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, au 20 avril 2017, soit une année après l'apparition des troubles conduisant à une incapacité de travail. 16. À la date de la survenance de l'invalidité, l'intéressée était domiciliée en Suisse et soumise à l'obligation de cotiser à l'AVS-AI en tant que non active. Elle avait donc la qualité d'assurée au sens de l'art. 1a al. 1 let. a LAVS, selon lequel « les personnes physiques domiciliées en Suisse sont assurées à l'AVS ». 17. Aux termes de l'art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS - RS 831.101), une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale ou qu'elle présente des périodes de cotisations au sens de l'art. 29 ter al. 2 let. b et c LAVS. La survenance de l'invalidité étant intervenue après l'entrée en vigueur de la 5ème révision, l'intéressée doit remplir la condition de la durée minimale de cotisations de trois années pour avoir droit à une rente d'invalidité. 18. L'intéressée vit en Suisse depuis le 1er mars 2016. Elle a été affiliée rétroactivement auprès de la caisse cantonale genevoise de compensation et s'est acquittée de cotisations personnelles AVS-AI en tant que personne non active depuis le 1er mars 2016. L'intéressée ne compte ainsi pas trois ans de cotisations en Suisse lors de la survenance de l'invalidité. Elle a toutefois travaillé en Grèce plusieurs années avant de prendre sa retraite en juillet 2015. 19. Aux termes du ch. 3005 de la Circulaire réglant la procédure de fixation des rentes selon le droit suisse par rapport aux États de l'UE, d'une part, de l'AELE, d'autre part, (CIBIL), « si la durée minimale de cotisation de trois ans n'est pas remplie au moyen des périodes d'assurance suisses, il faut, pour les citoyens suisses ou les ressortissants d'un État de l'UE, tenir compte des périodes de cotisation accomplies au sein d'un État de l'UE (art. 6 R 883/04) ». L'ALCP, entré en vigueur le 1er juin 2002, est notamment applicable aux ressortissants des États membres de l'Union européenne et de la Suisse. Il prévoit, à son art. 8, que les parties règlent, conformément à l'annexe II, la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le but d'assurer notamment l'égalité de traitement (let. a), la détermination de la législation applicable (let. b) ou encore la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales (let. c). Selon l'art. 1er par. 1 de l'annexe II de l'ALCP - intitulée « Coordination des systèmes de sécurité sociale », fondée sur l'art. 8 ALCP précité et faisant partie intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP) - en relation avec la section A de cette annexe, les parties contractantes appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n° 1408/71), ainsi que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement n° 1408/71 précité. Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II à l'ALCP avec effet, pour la Suisse, au 1er avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les parties appliquent désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) du

Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009. L'annexe II de l'ALCP a donc été modifiée dans ce sens. Selon la jurisprudence constante, doivent être prises en compte les modifications de l'état de fait ou de droit survenues jusqu'au prononcé de la décision administrative (ATF 128 V 315 consid. 1). Cela correspond également à l'art. 94 par. 1 du règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n°883/2004. 19. En l'occurrence, l'intéressée est ressortissante d'un État partie à l'ALCP, de sorte que le litige relève de la coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociale. [endif]> [if> Dès lors que son droit à la rente est né en avril 2017, le règlement n° 883/2004 lui est applicable. Selon l'art. 44 ch. 1 de ce règlement, celui-ci distingue entre les « législations de type A » et les « législations de type B ». Est une « législation de type A » toute législation en vertu de laquelle le montant des prestations d'invalidité est indépendant de la durée des périodes d'assurance ou de résidence et qui était expressément incluse par l'État membre compétent dans l'annexe VI. La « législation de type B » reprend toute autre législation. La Suisse a une législation de « type B » pour ce qui concerne le calcul des rentes, dès lors qu'elle tient uniquement compte des périodes de cotisations payées au régime suisse. Par renvoi de l'art. 46 ch. 1 du règlement (CE) 833/2004, l'art. 50 de ce règlement s'applique, selon lequel les institutions compétentes déterminent le droit aux prestations en vertu de toutes les législations des États membres auxquels l'intéressé a été soumis, lorsqu'une demande de liquidation a été introduite. Ainsi, s'applique au droit aux prestations en l'occurrence la législation suisse, à savoir la LAI et ses règlements, ainsi que, par renvoi, la LAVS. Le calcul autonome des rentes ne constitue pas une discrimination au sens de l'art. 2 ALCP (ATF 131 V 371 consid. 6, 8.2 et 9.4; ATF 131 V 390 consid. 7.3.1; ATF 130 V 51 consid. 5.4). 20. Il convient à ce stade d'examiner la question de savoir si l'intéressée peut être mise au bénéfice des dispositions éventuellement plus favorables de la Convention de sécurité sociale du 1^{er} juin 1973 entre la Suisse et la Grèce (RS 0.831.109.372.1), en lieu et place de celles de l'ALCP qui renvoient à la législation nationale. [endif]> [if> Les périodes d'assurance étrangères ne sont en effet prises en compte que dans la mesure où une convention de sécurité sociale le prévoit expressément (n° 5043 des Directives de l'office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale [DR]). La Suisse a conclu, notamment avec la Grèce, un système de convention, dite de « type A » qui se caractérise par le principe du risque, selon lequel l'invalidé qui en remplit les conditions reçoit, en lieu et place de deux rentes partielles versées par les assurances des deux pays concernés (rentes calculées au prorata des périodes d'assurance accomplies), une seule rente d'invalidité ; celle-ci est versée par l'assurance à laquelle l'assuré était affilié lors de la survenance de l'invalidité, qui prend en compte, pour la détermination de l'échelle de rente, la totalité des périodes de cotisations, y compris celles qui ont été accomplies dans l'autre État ; étant précisé que le calcul du revenu moyen déterminant ne tient compte que des seuls gains réalisés en Suisse (voir ATF 130 V 247 consid. 4 ; FF 1973 II 78 ; OFAS, Principales règles concernant les rentes AVS et AI dans les conventions internationales conclues par la Suisse, RCC 1982, pp. 341 et 342). En matière de sécurité sociale, sous le titre « Relation avec les accords bilatéraux en matière de sécurité sociale », l'art. 20 ALCP prévoit que sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le

présent accord. Toutefois, le principe de la suspension des conventions bilatérales souffre des exceptions. Ainsi, la suspension ne vaut que pour les personnes qui entrent dans le champ d'application matériel et personnel des règles communautaires. En outre, certaines des dispositions des conventions mentionnées à l'annexe II à l'ALCP restent pertinentes, conformément à l'art. 7 par. 2 let. c du règlement n° 1408/71 et à son annexe III. Il s'agit pour l'essentiel des règles conventionnelles qui exigent l'exportation des prestations en espèces vers un État tiers (ATF 130 V 57 consid. 2.2). Ces exceptions n'entrent pas en considération en l'espèce. Selon la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (ci-après la CJCE), indépendamment des dispositions maintenues expressément par les règles de coordination du droit communautaire, les articles 39 et 42 du traité CE s'opposent à la perte d'avantages de sécurité sociale qui découlerait, pour les travailleurs, de l'inapplicabilité, par suite de l'entrée en vigueur du règlement n° 1408/71, d'une convention bilatérale de sécurité sociale (ATF 132 V 53 consid. 7.2 ; ATF 130 V 154 consid. 7.2). Cette jurisprudence de la CJCE repose sur le principe que l'application du règlement n° 1408/71 ne doit pas conduire à la perte d'avantages de sécurité sociale résultant de conventions de sécurité sociale en vigueur entre deux ou plusieurs États membres et intégrés à leur droit national. Le travailleur qui a exercé son droit à la libre circulation ne doit pas être pénalisé du fait des règlements communautaires par rapport à la situation qui aurait été la sienne s'il avait été régi par la seule législation nationale. Cette jurisprudence repose également sur l'idée que l'intéressé était en droit, au moment où il a exercé son droit à la libre circulation, d'avoir une confiance légitime dans le fait qu'il pourrait bénéficier des dispositions de la convention bilatérale (voir arrêts de la CJCE du 7 février 1991, Rönfeldt, C-227/89, Rec. 1991, p. I-323; du 9 novembre 1995, Thévenon, C 475/93, Rec. 1995, p. I-3813, points 25 et 26; du 9 novembre 2000, Thelen, C 75/99, Rec. 2000, p. I-9399; du 5 février 2002, Kaske, C-277/99, Rec. 2002, p. I-1261, point 28). Pendant plusieurs années, le Tribunal fédéral des assurances a laissé indécis le point de savoir si cette jurisprudence développée en application du traité était transposable à l'ALCP (voir notamment ATF 132 V 53 consid. 7.2, ATF 130 V 155 consid. 7.3 et 7.4, 131 V 371 consid. 2.6 et 10.1). À l'ATF 133 V 329, le Tribunal fédéral a finalement examiné si la jurisprudence précitée de la CJCE pouvait être appliquée par le juge suisse avec l'entrée en vigueur de l'ALCP. Le Tribunal fédéral a notamment rappelé que lorsque les principes de l'ALCP en matière de sécurité sociale recouvraient des notions de droit communautaire, avec une même finalité, l'interprétation qui en découlait devait, en règle ordinaire, être considérée comme faisant partie de l'acquis communautaire que la Suisse s'était engagée à reprendre, sous réserve que la jurisprudence en cause fût antérieure à la date de la signature de l'accord (art. 16 al. 2 ALCP; ATF 130 II 113 consid. 6.5). Le Tribunal fédéral a ainsi estimé que les conventions de sécurité sociale plus favorables dans un cas concret étaient applicables, pour autant que l'intéressé ait exercé son droit à la libre circulation avant l'entrée en vigueur pour la Suisse de l'ALCP et du règlement n° 1408/71 auquel renvoie l'accord (ATF 133 V 329 consid. 8.6.4). Les mêmes règles s'appliquent mutatis mutandis au règlement n° 883/2004, applicable pour la Suisse dès le 1^{er} avril 2012. 21. En l'espèce, l'intéressée est venue en Suisse, en mars 2016, soit après l'entrée en vigueur de l'ALCP et du Règlement 883/04. Or, en érigeant l'exercice du droit à la libre circulation avant le 1^{er} juin 2002 à titre de condition d'application d'une disposition plus favorable d'une convention bilatérale, le Tribunal fédéral a clairement exclu l'application de celle-ci lorsque ce droit est exercé après cette date. Les conditions d'application de la convention bilatérale entre la Suisse et la Grèce n'étant pas remplies, le droit de l'intéressée

se détermine en application de la législation suisse. 22. Force est, partant, de constater que l'intéressée ne remplit pas la condition de la durée minimale de cotisations de trois années pour avoir droit à une rente d'invalidité lors de la survenance de l'invalidité. ![endif]>![if> 23. Aussi le recours est-il rejeté.![endif]>![if> 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.