

GE_GERICHTE A/866/2018 vom 7. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_866_2018

FR: GE_GERICHTE A/866/2018 du 7 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE A/866/2018 del 7 ottobre 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.10.2019 A/866/2018

A/866/2018 ATAS/914/2019 du 07.10.2019 (AI) , ADMIS En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/866/2018 ATAS/914/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 7 octobre 2019 10 ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Christina CRIPPA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), ressortissant somalien né le _____ 1975, célibataire, titulaire du permis C - OASA, est arrivé en Suisse le 27 avril 1993. Il est domicilié à Genève depuis le 4 octobre 1993. 2. En date du 16 novembre 2004 l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité. Il était assisté par l'Hospice général depuis juin 2000, et était en incapacité totale de travail depuis mai 2000. S'agissant de l'atteinte à la santé, l'assuré était atteint d'alcoolisme chronique et de status post plusieurs fractures. Son médecin traitant était le docteur B _____, spécialiste FMH en médecine interne. 3. Le 7 novembre 2004, le Dr B _____ a établi un rapport médical dans le cadre d'une demande de mesure tutélaire : il certifiait que son patient ne pouvait pas gérer ses biens, en raison de problèmes de santé pour lesquels il avait dû être hospitalisé à plusieurs reprises. Il remplissait toutes les conditions de l'art. 370 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) pour une demande de tutelle. Il avait le discernement suffisant pour être entendu à ce sujet. Il pouvait se rendre accompagné à une audience devant le tribunal tutélaire. 4. Dans un rapport médical du 19 janvier 2005, le médecin traitant a retenu les diagnostics de schizophrénie paranoïde, abus d'alcool (sans précisions de date de début de ces atteintes) et status post fracture du bras droit, cal vicieux du radius droit (1 er janvier 2004). Le patient avait été hospitalisé à deux reprises en entrée non volontaire dans un contexte d'ébriété, d'hallucinations auditives, ainsi que des éléments persécutoires ; status post fracture (en janvier 2004) au Kenya pour lequel il avait été traité conservativement. Fracture C2, EDR avec bascule dorsale 40°; fracture-luxation du coude; ostéotomie 6 mois après; actuellement le patient suivait son traitement de Zyprexa avec une bonne évolution, diminution des hallucinations; il avait stoppé sa consommation d'alcool et de tabac; il ne voulait pas de suivi au Centre de thérapies brèves (CTB); l'état de santé du patient était stationnaire. 5. Il ressort d'un compte-rendu opératoire de l'unité de chirurgie de la main, des HUG relatif à une ostéotomie d'ouverture cunéiforme dorsale de l'EDR droite par greffe iliaque monocortiquée et plaque palmaire titane 2.7 (mise en place temporaire d'un fixateur externe Hoffmann de distraction) et résection de la tête radiale droite par voie postéro-externe du coude droit, pratiquée le 30 juin 2004, qu'il s'agit d'un patient, cuisinier, droitier qui avait été victime d'une chute au Kenya le 1 er janvier 2004

avec réception sur son poignet droit en hyperextension. Il présentera alors une douleur-tuméfaction du poignet et de son coude droit qui sera traitée conservativement par immobilisation plâtrée. Le patient avait consulté les HUG six semaines après le traumatisme, à son retour en Suisse; on pourra constater une fracture C2 de l'EDR droit avec bascule dorsale 40°, plusieurs radiales dans le plan frontal à 2° avec raccourcissement et un index radio-cubital inférieur à +8mm. Au niveau du coude fracture-luxation de la tête radiale classée Mason III sans entrave à la mobilité du coude qui présente une flexion-extension de 120-0-0, une prosupination de 80-0-80, associée à une douleur dans les arcs extrêmes. La mobilisation du poignet en flexion-extension était mesurée à 40-0-60. Au vu de la mobilité conservée du coude et du début de consolidation du poignet, il avait été décidé de poursuivre le traitement conservateur jusqu'à consolidation complète à six mois où l'on proposera alors une ostéotomie de correction du radius distal ainsi qu'une résection de la tête cubitale dans un premier temps opératoire. Dans un deuxième temps, suivant la persistance du conflit ulno-carpien, il serait alors licite de mettre en place une prothèse de la tête radiale du type Judet.

6. Le médecin traitant a indiqué, dans le questionnaire relatif à la réinsertion professionnelle, en réponse à la question relative à l'activité exercée jusqu'ici : ne travaille pas.

7. Par courrier du 1^{er} mars 2005, le service du Tuteur général (ci-après : le service) a indiqué à l'OAI que par ordonnance du 8 février 2005, le tribunal tutélaire avait institué une mesure de curatelle en faveur de l'assuré. L'OAI était invité à adresser désormais toute correspondance concernant l'assuré au service et à effectuer les versements directement sur le CCP dudit service. Il sollicitait enfin la communication de la dernière décision OAI.

8. Sur demande de renseignements de l'OAI, le service du Tuteur général a indiqué que l'assuré n'était pas sous suivi psychiatrique, mais il était en revanche suivi par son médecin traitant.

9. Le SMR a émis un avis le 5 avril 2005 : demande du 16 novembre 2004, tardive. En novembre 2003, l'assuré était déjà invalide (pour toute activité). L'atteinte est certainement ancienne (déjà à l'entrée en CH ?) et continue, surtout non traitée. Le SMR proposait l'octroi d'une rente entière, avec révision dans trois ans.

10. Il ressort notamment d'un extrait de compte AVS individuel (CI) que l'intéressé a notamment travaillé pour Mövenpick (ou Cadett), en 1995 (2 mois), 1996 (8 mois), 1997 (5 mois) ; il a été au chômage de janvier à décembre 1998 (avec des gains intermédiaires chez Hôtelpro SA (6 mois) et 1999 (5 mois); il a encore travaillé pour l'office des paies de l'État de Genève (O.P.) de juin 1999 à mai 2000.

11. Par décision du 10 août 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Rappelant les principes régissant la procédure et les différentes notions à prendre en compte dans le cadre de l'examen du droit aux prestations d'invalidité, l'OAI a précisé qu'il ressortait des renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier médical de l'assuré qu'il était invalide à 100 % pour toute activité ; cependant la survenance de l'invalidité avait été fixée avant son entrée en Suisse (1993). Dès lors l'office constatait qu'il ne réalisait pas la condition d'une année de cotisation ou dix ans de séjour ininterrompu, au moment de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). Cette décision est entrée en force.

12. Par courrier du 30 juillet 2009, reçu le 6 août 2009, le service des tutelles d'adultes a déposé une nouvelle demande de prestations AI, moyens auxiliaires (appareil auditif). Le genre d'atteinte à la santé était : surdité bilatérale. L'assuré était traité par le service O.R.L., laboratoire d'audiologie des HUG depuis juillet 2009.

13. Par décision du 22 juin 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré un appareil acoustique.

14. Par ordonnance du 15 juin 2010 le Tribunal tutélaire levait la mesure de curatelle instaurée le 23 mars 2009 en faveur de l'assuré.

15. Le 19 février 2013, l'assuré a déposé une nouvelle

demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI. Quant à l'atteinte à la santé, la demande mentionnait la schizophrénie paranoïde, l'alcoolisme chronique et le diabète de type II. L'atteinte existait depuis environ 2004. Il était suivi pour le diabète toujours par le même médecin traitant, et avait fait plusieurs séjours aux urgences des HUG pour le traitement de l'alcoolisme. La demande était contresignée par une assistante sociale de l'Hospice général. 16. Le 1^{er} mars 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de rente. Il était entré en Suisse en 1993. Des renseignements recueillis dans le cadre de la demande qu'il avait déjà déposée le 16 novembre 2004, il ressortait qu'il était invalide à 100 % pour toute activité avant son arrivée sur le territoire suisse. Dès lors force était de constater qu'il ne réalisait pas la condition d'une année de cotisation et dix ans de séjour ininterrompu au moment de la survenance de l'invalidité, conformément aux articles de loi mentionnés. 17. Par décision du 30 avril 2013, reprenant les termes du projet susmentionné, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Cette décision est entrée en force. 18. Le 19 mai 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations : étaient annexés à cette demande un rapport médical du Dr B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH. Ce médecin retient les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : schizophrénie paranoïde (F20.0), trouble de l'attention et de la concentration (F90.0) ; alcoolodépendance, actuellement abstinente (F10.0). Sans effet sur la capacité de travail, le diabète II et status post traumatique suite à un accident. Le traitement auprès de ce spécialiste avait débuté le 2 mars 2015, et le dernier contrôle remontait au 14 mai 2015. Anamnestiquement, patient âgé de 40 ans, d'origine somalienne, en Suisse depuis 22 ans, soit en 1993 avec sa famille et pour fuir la guerre. Son père est décédé en 1998 de maladie, sa mère vit à Genève ; d'une fratrie de trois, deux soeurs qui vivent à Genève, et deux demi-soeurs. Il est en possession d'un permis C. Le patient s'est marié en 1993 et a divorcé neuf mois plus tard. Il est père d'un fils âgé de 21 ans, qui vit avec sa mère et fait un apprentissage de fenêtrier. Le patient a effectué sa scolarité obligatoire en Somalie jusqu'à la 9^e. Sur le plan médical, il a été opéré en 1998 d'un ulcère gastrique. En 2004, il subit un polytraumatisme avec traumatisme crânien suite à une chute du 2^e étage sous l'emprise de l'alcool. Il est hospitalisé pendant deux mois. En 2008 il subit un traumatisme au niveau de la jambe gauche et de la main droite suite à une chute sur la voie publique. En 2011, son médecin traitant pose le diagnostic de diabète de type II. Sur le plan psychiatrique, le patient a été hospitalisé à la clinique psychiatrique de Belle-Idée à plusieurs reprises, en 2004, 2005, et 2006, dans un contexte de décompensation psychotique avec passages fréquents au service des urgences suite à des alcoolisations massives. Il commence à consommer de l'alcool en 1995, consomme du cannabis pendant une année (2002 à 2003), puis arrête définitivement. Il n'a jamais adhéré à un projet de soins psychiatriques, jusqu'à février 2015, où il accepte un suivi psychiatrique avec la prise de traitement psychotrope, et ceci suite à l'arrêt de consommation d'alcool et une abstinence totale à l'alcool depuis décembre 2014. Sur le plan professionnel, le patient a travaillé de 1996 à 1997 comme aide-cuisinier, puis il a bénéficié des prestations du chômage. Il ne travaille plus jusqu'à 1999 où il trouve un travail à Claire-voie aidé par l'Hospice général ; il y reste jusqu'en 2000. Actuellement le patient vit seul dans un studio, toujours aidé par l'Hospice général. Constatations médicales : le patient présente un délire de persécution, des hallucinations auditives, un trouble de l'attention et de la concentration. Le traitement actuel consiste en un traitement médicamenteux à base de psychotropes avec un suivi psychothérapeutique. Le médecin recommande pour le futur un suivi psychiatrique ambulatoire avec prise régulière de traitement médicamenteux. L'incapacité de travail est de 100 %, selon l'anamnèse. Les

restrictions psychiques existantes sont : délire paranoïaque, sentiment de persécution, difficultés relationnelles, impulsivité, troubles de l'attention et de la concentration. Ils entraînent des difficultés de maintenir un rythme de travail soutenu; très sensible au stimulus. Le rendement est réduit: le patient est très envahi par les troubles de perception, ses capacités cognitives sont limitées; difficultés d'attention et de la concentration, humeur désinhibée. Le rendement est nul. Le patient pourrait travailler à temps partiel dans un milieu protégé, lorsque son état clinique se stabilise. Une telle mesure aurait pour but de maintenir une resocialisation. Ce rapport se termine par une remarque : le souhait du patient est de travailler dans un milieu protégé et à temps partiel dans la restauration comme laveur de vaisselle, poste qu'il a déjà occupé auparavant. 19. Par projet de décision du 29 mai 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il entendait refuser d'entrer en matière : sa précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 30 avril 2013. En effet, au moment de la survenance de l'invalidité, il n'avait pas une année de cotisation ni dix ans de séjour ininterrompu en Suisse. En date du 19 mai 2015, son médecin traitant (psychiatre) avait déposé une nouvelle demande de prestations à son nom. Cependant malgré son atteinte à la santé, les conditions d'assurance n'étaient toujours pas réunies, raison pour laquelle l'OAI ne pouvait entrer en matière sur cette nouvelle demande. 20. Par décision du 13 juillet 2015, l'OAI a rendu sa décision de refus d'entrer en matière, conforme au projet susmentionné. Cette décision est elle aussi entrée en force. 21. Par courrier du 30 janvier 2017, Me Christina CRIPPA, avocate, s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assuré: selon PV d'audience du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant du 15 décembre 2016, après avoir auditionné l'assuré assisté de son avocate, le tribunal a renoncé à instaurer une curatelle et mandaté l'avocate pour agir au niveau de l'assurance-invalidité et des prestations complémentaires, sur la base de l'art. 392 CC. 22. Par courrier recommandé du 27 novembre 2017, l'avocate de l'assuré, intervenant en qualité de curatrice ad hoc a sollicité la révision du dossier de l'assuré : elle a produit un certificat médical du docteur D_____, chef de clinique au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG - CAPPI des Eaux-Vives - du 26 octobre 2017 ; une attestation de l'office de la population du 14 septembre 2017, confirmant la résidence de l'assuré sur le territoire genevois depuis le 4 octobre 1993, soit depuis plus de 24 ans et cela sans interruption ; un certificat du Dr B_____ du 6 juillet 2017 : - selon le courrier du Dr D_____ (susmentionné) à destination de l'OAI, sur le plan psychiatrique, le patient est connu pour une schizophrénie paranoïde ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.0). Le patient a été hospitalisé à sept reprises en psychiatrie dans des contextes de décompensation psychotique. Au cours de ces hospitalisations, des hallucinations auditives ainsi que des éléments délirants ont été mis en avant. Actuellement, il est suivi au CAPPI des Eaux-Vives à Genève. Il vit seul, sans activité. Il prend quotidiennement un traitement de Zyprexa 5 mg. Grâce à cela, il ne présente pas de symptôme psychotique floride. On constate néanmoins que le patient a une capacité d'élaboration très faible. Actuellement, d'un point de vue médical, le patient n'a pas les compétences et la capacité d'avoir un emploi ; - selon le courrier susmentionné du médecin traitant, le patient ne présente rien de relevant sur le plan somatique, excepté son diabète de type II depuis 2011, stabilisé sous traitement. Sur le plan psychiatrique, il souffre d'une schizophrénie paranoïde avec délire de persécution, des hallucinations auditives et des troubles de l'attention et de la concentration l'empêchant de travailler. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises pour ce problème, depuis 2004, et a fait plusieurs passages aux urgences pour ce problème et des alcoolisations massives. 23. Par projet de décision du 29 novembre 2017, l'OAI indique rejeter la

demande. Des renseignements recueillis dans le cadre de la demande de prestations déposée en date du 16 novembre 2004, le SMR a reconnu l'assuré invalide à 100 % pour toute activité depuis une date antérieure à son arrivée en Suisse. Dès lors et comme indiqué dans la dernière décision du 4 mars 2013, force est de constater que l'assuré ne réalise pas les conditions d'une année entière de cotisation ou de dix ans de résidence interrompue (recte : ininterrompue) en Suisse lors de la survenance de l'invalidité (art. 6 al. 2 LAI). 24. Par courrier recommandé du 22 janvier 2018, la curatrice de l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné: elle conteste le fait que l'assuré a été invalide à 100 % avant son entrée en Suisse en 1993. En effet, il est arrivé avec le HCR en qualité de réfugié de guerre. Il a travaillé entre 1995 et 2000, et a perçu des prestations de chômage. En effet il n'était pas invalide à son arrivée en Suisse. Il est devenu invalide peu à peu après son arrivée en Suisse, suite à de nombreux problèmes de santé et d'accidents survenus après 1993. Partant, lorsqu'en novembre 2004, le SMR l'a reconnu invalide à 100 %, ce fut pour des raisons postérieures à son entrée en Suisse et non parce qu'il l'était en arrivant avec un tel handicap en 1993. Il se peut qu'il y ait eu une confusion avec le dossier de sa soeur, laquelle est effectivement arrivée en Suisse avec une invalidité, raison pour laquelle son dossier à elle a été refusé par l'OAI ; ce n'est pas le cas de l'assuré. Elle invite donc l'OAI à revoir sa position, car nul doute que son protégé a droit à une rente d'invalidité à 100 %. De plus, il ressort du dossier que l'intéressé a cotisé pendant plus d'une année, ce qui lui a permis de percevoir des prestations de chômage et en 2004, lorsque la première demande de rente d'invalidité a été déposée, il résidait en Suisse depuis plus de dix ans. Les conditions pour l'obtention d'une rente d'invalidité sont donc réunies. Enfin, dans l'éventualité où le refus de l'OAI se basait uniquement sur le fait que l'intéressé n'a pas formulé de recours à l'encontre des décisions précédentes, notamment en 2013 et 2015, elle attire l'attention de l'OAI sur le fait que ce dernier n'est pas de langue maternelle française, n'a pas été conseillé dans ce sens, ce qui ne lui a malheureusement pas permis de comprendre qu'il devait formuler une opposition dans un délai déterminé. Partant ce n'est pas parce qu'il n'a rien dit qu'il a accepté la (les) décision(s), - tout au contraire - ; il espère que cette fois-ci il sera entendu. Divers documents étaient en outre annexés à ce courrier : - un certificat de travail de l'Hôpital de la Tour du 31 juillet 1995, selon lequel l'intéressé a travaillé dans l'établissement en qualité de stagiaire aide-hospitalier pour le service d'orthopédie du 3 au 31 juillet 1995. Ses tâches principales consistaient à s'occuper de l'environnement du malade, et du matériel de soins. Il a donné satisfaction, par la qualité de son travail ainsi que par son attitude envers ses collègues et supérieurs ; - une attestation de l'office cantonal de l'emploi du 16 mai 2000 confirmant que l'intéressé avait travaillé dans le cadre de l'emploi temporaire durant la période du 30 juin 1999 au 5 mai 2000 ; - deux décomptes de salaire (avril et mai 1997) des entreprises Mövenpick (Fusterie) pour un salaire brut de CHF 3'679.-, respectivement CHF 3'163.40 par mois ; - trois copies de décomptes de prestations de chômage pour les mois de juin, août et septembre 1997, fondés sur un gain assuré de CHF 2'960.-; 25. Par courrier du 24 janvier 2018, l'OAI a accusé réception du pli susmentionné. L'office allait procéder à un nouvel examen du dossier à la lumière des éléments avancés. Des mesures d'instruction complémentaire seraient peut-être nécessaires, qui pourraient prendre un certain temps. Une décision sujette à recours serait notifiée ensuite. 26. L'OAI a versé au dossier un extrait CI de l'assuré. Il en ressort notamment que l'intéressé a, à tout le moins, travaillé régulièrement et sans interruption pour Mövenpick de juillet 1996 à mai 1997, qu'il a bénéficié de prestations de chômage de juin 1997 à mai 1999 avec une période de gain intermédiaire (Hôtelpro Services SA) de juin à décembre 1998, qu'il a travaillé pour

l'O.P. de l'État de Genève de juin 1999 à mai 2000. 27. Par décision du 6 février 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations sous le titre de « aucun droit à la rente ». Des renseignements recueillis dans le cadre de la demande de prestations déposée en date du 16 novembre 2004, le SMR a reconnu l'assuré invalide à 100 % pour toute activité depuis une date antérieure à son arrivée en Suisse. Dès lors et comme indiqué dans la dernière décision du 4 mars 2013, force est de constater que l'intéressé ne réalise pas les conditions d'une année entière de cotisation ou de dix ans de résidence interrompue (recte : ininterrompue) en Suisse lors de la survenance de l'invalidité. Dans le cadre de la contestation du projet de décision du 29 novembre 2017, l'assuré conteste essentiellement la date de la survenance de l'invalidité retenue par le SMR. Or, les éléments apportés au dossier à ce jour ne permettent pas de revenir sur la décision du 10 août 2005. Les indications de l'identité et le contrôle des conditions d'assurance nécessaires ont par ailleurs fait l'objet de vérifications et aucune inexactitude n'a pu être relevée. Enfin, l'OAI a invité l'intéressé à s'adresser au service des prestations complémentaires pour l'examen de son droit éventuel à des prestations complémentaires. 28. Par mémoire du 12 mars 2018 (date du timbre postal), l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision de l'OAI du 6 février 2018. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise, et à ce qu'il soit constaté qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 10 août 2005. Il constate que dans sa décision initiale, du 10 août 2005, l'OAI, bien qu'ayant repris à son compte la conclusion du SMR selon laquelle il était invalide à 100 % pour toute activité, a retenu que le service médical aurait toutefois considéré que cette invalidité remontait à une date antérieure à son arrivée en Suisse. Il reproche donc à l'intimé d'avoir abouti à cette conclusion, alors même qu'il avait travaillé en Suisse entre 1995 et 2000. Le même grief est valable concernant les conclusions auxquelles l'OAI parvenait dans sa décision de refus de prestations le 30 avril 2013 à l'issue de la demande subséquente de prestations. Il en allait de même pour la décision de non-entrée en matière consécutive à la nouvelle demande de prestations du 15 mai 2015, par le truchement de son psychiatre traitant de l'époque. Il reproche donc à l'intimé de n'avoir pas tenu compte, dans ses décisions antérieures, du fait que l'invalidité remontait à une période postérieure à son arrivée en Suisse. 29. L'intimé a conclu au rejet du recours, par courrier du 3 avril 2018. Le recourant, de nationalité somalienne, avait déposé une première demande tendant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité en date du 16 novembre 2004, en raison d'une alcoolémie chronique et d'un status post plusieurs fractures. Il ressort des éléments du dossier qu'il est entré en Suisse le 27 avril 1993 et qu'il bénéficie d'une autorisation d'établissement C. Le SMR, dans son avis du 5 avril 2005, avait admis, sur la base de l'avis du médecin traitant du 19 janvier 2005, les diagnostics incapacitants de schizophrénie paranoïde, d'abus d'alcool et un status post fracture du bras droit, considérant que le recourant était déjà invalide, pour toute activité, avant son entrée en Suisse. L'intimé se fonde sur l'art. 4 al. 2 LAI, aux termes duquel 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 devant être déterminé objectivement, d'après l'état de santé. L'intimé se référant à la jurisprudence (ATF 126 V 9 consid. 2b et les références) observe que des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations. La survenance du cas d'assurance est déterminante pour la réalisation des conditions d'assurance. La

jurisprudence précise que les conditions d'assurance doivent être remplies au moment de la survenance de l'invalidité (ATF 126 V 5 consid. 2c ; 114 V 13 consid. 2b ; 111 V 110 consid. 3d). Il est en principe possible qu'une seule atteinte à la santé provoque plusieurs cas d'assurance successifs. Une telle affection peut en effet, le cas échéant, remplir les conditions - à un moment donné ou à des époques différentes - ouvrant le droit à des prestations très variées. Toutefois il n'y a pas lieu de retenir un nouveau cas d'assurance lorsqu'il ne s'agit pas de catégories différentes de prestations, et que sont en cause uniquement les mêmes prestations qui étaient déjà en discussion par le passé. Dans ce cas, toutes ces mesures constituent ensemble, sans égard à l'âge de l'intéressé, un groupe homogène. Elles se complètent réciproquement et visent, pour l'essentiel, le même but. À cela s'ajoute le fait que de nouveaux examens et de nouvelles décisions représentent des facteurs qui peuvent se situer, dans le temps, d'une manière fortuite qui n'ont pas d'importance dans la détermination du moment où survient l'invalidité (ATFA du 09/04/1979 en la cause T.W. consid. 2c, traduit in RCC 1979 page 488). 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'art. 28 al. 1 LAI - 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 ait perduré à 40 % au moins, les conditions supplémentaires conditionnant le droit à la rente prévue à l'art. 29 lai restant réservées. En l'espèce la survenance de l'invalidité avait été fixée antérieurement à l'arrivée du recourant en Suisse, à l'instar de ce qu'avait retenu le SMR dans son avis du 5 avril 2005. Or, à ce moment-là, le recourant ne remplissait ni la condition de l'année entière de cotisation, ni celle des dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Du reste le recourant n'a pas interjeté recours contre les décisions du 10 août 2005, 30 avril 2013 et 13 juillet 2015, de sorte que celles-ci sont entrées en force. Finalement, dans sa dernière demande de prestations, le recourant n'a pas démontré l'existence d'un nouveau cas d'assurance. Dans son certificat du 6 juillet 2017, le médecin traitant n'a attesté d'aucun diagnostic incapacitant sur le plan somatique, excepté le diabète de type II depuis 2011, stabilisé sous traitement ; sur le plan psychiatrique, il mentionne que le recourant souffre d'une schizophrénie paranoïde avec un délire de persécution, des hallucinations auditives et des troubles de l'attention et de la concentration l'empêchant de travailler et qu'il a été hospitalisé à plusieurs reprises pour ce problème depuis 2004 et fait plusieurs passages aux urgences également, en raison d'alcoolisations massives. 30. Par courrier du 3 mai 2018, le recourant a brièvement répliqué : il persiste dans ses conclusions. En substance, l'OAI maintient sa position et allègue que l'invalidité du recourant est antérieure à son arrivée en Suisse, le 27 avril 1993, raison pour laquelle l'octroi d'une rente a été refusé et continue de l'être. Or il n'existe aucune preuve ni pièce permettant d'affirmer que le recourant était bel et bien handicapé avant son arrivée en Suisse. Aucun avis médical ne le confirme, ni aucune pièce du dossier ne permet d'arriver à cette conclusion. L'OAI s'était basé en 2005, tout comme il continue à le faire, sur une seule et unique pièce du dossier, soit le rapport du SMR du 5 avril 2005. En s'attardant sur l'annotation faite à la main par le médecin SMR, on s'aperçoit que ce dernier a indiqué en bas de page que « l'atteinte est certainement ancienne (déjà à l'entrée de la CH ?) et continue, surtout non traitée. Proposition : rente entière, révision dans 3 ans ». Ce médecin ne démontre aucunement que l'invalidité est antérieure à l'entrée en Suisse du recourant, ni d'ailleurs en apporte la preuve de manière irréfutable. Ledit médecin n'a en effet, dans sa note, fait que soulever une question sans y répondre, et au surplus il propose une rente entière avec une révision dans les trois ans. L'OAI, pour des

raisons qui lui sont propres, avait choisi de lire l'annotation en question en se basant sur une simple hypothèse, laquelle n'est nullement avérée. Contrairement aux exigences de la jurisprudence, le rapport médical établi par le SMR est incomplet, tout comme son analyse des faits. Cette opinion n'est d'ailleurs pas motivée. Tous les éléments médicaux rapportés par le recourant confirment que son invalidité est postérieure à son entrée en Suisse. À suivre l'intimé on ne saurait se contenter de prendre pour acquis un fait nullement démontré.

31. L'OAI a brièvement dupliqué par courrier du 23 mai 2018. Il persiste dans ses conclusions en rejet du recours, n'ayant pour le surplus aucune remarque particulière à formuler, autre que celles figurant dans ses précédentes écritures.

32. La chambre de céans ayant convoqué une audience de comparution personnelle des parties, cette dernière ayant été annulée à la demande du recourant, a annoncé aux parties que la cause était 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 - 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.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 3 et 56 ss LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si l'OAI, saisi d'une demande de révision du 27 novembre 2017 d'une décision antérieure entrée en force faute d'avoir été contestée (décision du 10 août 2005 rejetant la demande de prestations initiale du 16 novembre 2004), confirmée par la suite par diverses décisions - elles aussi entrées en force dès lors qu'elles n'avaient pas fait l'objet de recours (du 30 avril 2013 rejetant une nouvelle demande de prestations du 19 février 2013, du 13 juillet 2015 de refus d'entrer en matière, sur nouvelle demande de prestations du 19 mai 2015), a à juste titre rejeté la demande de révision en question (27 novembre 2017) par décision du 6 février 2018 ; étant encore précisé que dès la décision initiale (10 août 2005), l'OAI a précisé qu'il ressortait des renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier médical de l'assuré qu'il était invalide à 100 % pour toute activité, mais que, la survenance de l'invalidité ayant été fixée avant son entrée en Suisse (1993), l'assuré ne réalisait pas la condition d'une année de cotisation ou dix ans de séjour ininterrompu, au moment de la survenance de l'invalidité.

4. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

5. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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; 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 93 consid. 6b; ATF 112 V 360

consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1^{er} janvier 2004 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322). 6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). 7. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvrent subséquemment des faits nouveaux importants ou trouvent des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1). À teneur de l'art. 53 al. 1^{er} LPGA, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1^{er} LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 528/06 du 3 août 2007

consid. 4.2 et les références). 8. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/04 du 27 mars 2006 consid. 4.5). Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 545/02 du 17 août 2005 consid. 1.2). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 et 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 5.3). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas

admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2). S'il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque, une modification de pratique ne saurait faire apparaître l'ancienne comme sans nul doute erronée (ATF 125 V précité). De même, un changement de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF 117 V 8 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa). Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; ATF 117 V 8 consid. 2a ; ATF 116 V 62 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1 et 2.2). 9. En l'espèce, le recourant considère que les conditions de la reconsidération d'une décision entrée en force au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, sont réunies dans le cas particulier, et il invoque la violation par l'intimé du principe inquisitoire, estimant que l'instruction menée par l'OAI était lacunaire, dans la mesure où ce dernier n'avait jamais sérieusement instruit les faits d'ordre médical, l'intimé ne contestant pas le principe même des atteintes totalement (100%) invalidantes à la santé du recourant. 10. a. Au vu des principes rappelés ci-dessus, en particulier s'agissant des divers cas où peut être envisagée une révision d'une décision antérieure en matière d'assurance-invalidité, seule la révision s'inscrivant dans le cadre de la reconsidération d'une décision entrée en force au sens de l'art. 52 al. 2 LPGA entre en ligne de compte, dans le cas particulier. En effet, dès la première demande de prestations formulée en novembre 2004 et sur laquelle il a été statué par décision du 10 août 2005, l'incapacité de travail totale et durable du recourant a d'emblée été admise, sur la base notamment du diagnostic psychiatrique retenu à l'époque, de schizophrénie paranoïde, cette atteinte à la santé prenant le pas sur les autres diagnostics, psychiques (abus d'alcool), ou physiques liées aux conséquences d'accidents subis par l'assuré au fil des ans, ces derniers aspects ayant évolué au fil du temps, en n'ayant pas ou plus d'incidence dans le contexte de l'incapacité de travail totale reconnue initialement. b. S'agissant des conditions rappelées précédemment, qui doivent être réunies pour qu'une administration puisse reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force, il y a lieu d'observer ce qui suit. ba. Force est tout d'abord de constater que depuis la décision initiale du 10 août 2005, et jusqu'à ce jour, les décisions rejetant, (voire refusant d'entrer en matière) les demandes successives de prestations d'invalidité présentées par l'assuré (jamais assisté d'un conseil jusqu'en 2017), n'ont jamais fait l'objet de recours, de sorte qu'aucune autorité judiciaire ne s'est jamais prononcée quant au fond; cette première condition est ainsi réalisée. bb. La chambre de céans considère d'autre part que la décision du 10 août 2005 était sans nul doute erronée.

Cette décision a été prise sur la base de l'avis du SMR du 5 avril 2005 (doc 24 dossier intime), sollicité par l'OAI, qui observait notamment, dans les motifs de sa demande d'avis à son service médical, qu'il s'agissait d'une demande de rente pour un assuré de 30 ans qui n'avait jamais travaillé, pour lequel aucune date d'incapacité de travail ne ressortirait du dossier, l'intéressé n'ayant pas de suivi psychiatrique. Ainsi le SMR s'est déterminé comme suit : " DE du 16. 11. 04, tardive. En novembre 2003, assuré déjà invalide (pour toute activité). L'atteinte est certainement ancienne (déjà à l'entrée en CH ?) et continue, surtout non traitée. Prop : rente entière, révision dans 3 ans. " (ndr.: souligné par la CJCAS). Or c'est sur cette base que l'OAI a retenu, postulant que « par survenance de l'invalidité, il faut comprendre le moment au cours duquel vous avez eu besoin pour la première fois des prestations nécessitées par l'atteinte à la santé », que "des renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction de votre dossier médical, il ressort que vous êtes invalide à 100 % pour toute activité, cependant la survenance de l'invalidité est fixée avant votre entrée en Suisse (avant 1993)." Au vu de la teneur de l'avis exprimé par son service médical, il est totalement incompréhensible que l'OAI ait retenu que la survenance de l'invalidité était fixée avant l'entrée de l'assuré en Suisse, soit avant 1993. Cette affirmation ne repose en effet sur aucun avis médical figurant au dossier: le médecin traitant n'a pas été à même de déterminer depuis quand le diagnostic de schizophrénie paranoïde devait être retenu, - étant précisé que ce diagnostic n'a pas été posé par un spécialiste en psychiatrie -; le SMR se borne à retenir que cette atteinte était certainement ancienne; il se pose seulement la question, sans y répondre, de savoir si l'ancienneté de cette atteinte remonterait à une période antérieure à l'arrivée de l'assuré en Suisse. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait sans autre, et sur ces seules bases, arrêter le début de l'invalidité à une date, non déterminée, antérieure à 1993. Il s'écartait du reste, sans motif, de la proposition de son service médical d'allouer une rente entière avec révision dans trois ans. D'une part, le questionnement du SMR et la proposition d'allouer une rente entière ne permettaient donc pas de considérer - au degré de la vraisemblance prépondérante - que l'invalidité remontait à une période antérieure à l'arrivée de l'assuré en Suisse. La proposition du SMR de prévoir une révision d'office du dossier à trois ans laissait d'ailleurs supposer une possible amélioration de l'état de santé de l'intéressé, d'autant que le médecin traitant relevait dans son rapport médical du 19 janvier 2005 "qu'actuellement le patient suivait son traitement de Zyprexa avec bonne évolution, et notamment diminution des hallucinations", précisant encore que le patient avait stoppé sa consommation d'alcool et de tabac. Il ressortait d'ailleurs du dossier, en l'occurrence de la demande de prestations initiale, que l'incapacité de travail existait depuis mai 2000. A ce sujet, et c'est la seule certitude que l'on peut tirer de l'avis du SMR quant à la date de survenance de l'invalidité, le service médical considère qu'en novembre 2003, l'assuré était déjà invalide pour toute activité. Les extraits de C.I. recueillis le 25 mai 2005 (doc 25 dossier intime) montraient pourtant que depuis 1994, l'assuré avait occupé divers emplois, pendant des durées non négligeables; il avait également bénéficié de prestations de chômage, et avait en dernier lieu travaillé pour l'office du personnel de l'État de Genève de juin 1999 à fin mai 2000, ce qui montre qu'après son arrivée en Suisse, l'intéressé qui avait 18 ans à l'époque n'était pas invalide. Il a du reste commencé à exercer dès 1994 quelques petites activités lucratives, dont l'importance relativement modeste dans un premier temps (1994 et 1995) pouvait s'expliquer pour d'autres motifs que pour des raisons médicales. La langue était probablement l'une de ces difficultés (il venait d'arriver à Genève après un bref séjour à Zurich). Il devait évidemment s'adapter à ses nouvelles conditions d'existence, après avoir quitté un pays en guerre pour venir se réfugier en Suisse. Mais les C.I. montrent

que les emplois occupés successivement se sont intensifiés avec les années. En possession de ces éléments et renseignements, l'OAI ne pouvait rendre la décision du 10 août 2005 sans procéder préalablement à tout le moins à une instruction complémentaire sur le plan médical, le cas échéant en sollicitant un examen psychiatrique spécialisé (SMR) ou une expertise psychiatrique par un médecin indépendant. On rappellera en effet 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. Selon la jurisprudence, lorsque l'invalidité, qui est préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse ou au moment où il remplit les conditions relatives aux cotisations ou à la résidence pour bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, a été interrompue ultérieurement de façon notable, il y a lieu d'admettre un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a expliqué dans un arrêt du 27 juillet 1966 qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (ATFA 1966 p. 175ss, p. 179 consid. 4). Un nouveau cas d'assurance a été nié pour une assurée qui avait certes repris une activité lucrative pendant sept mois environ, mais qui était fréquemment absente en raison de maladie ou pour un assuré qui n'avait jamais réellement pu se réinsérer dans la vie professionnelle, car sa maladie (asthme) se décompensait à chaque fois qu'il débutait une activité [arrêt cf. ATF 126 V 10 consid. 2c ; ATFA non publié du 13 janvier 2004 I 54 /03 consid. 3]. (ATAS/647/2011 consid. 7b). Au vu de ce qui précède, la deuxième condition à une reconsidération est ainsi réalisée. bc. Il faut encore que la rectification de la décision considérée revête une importance notable. En l'espèce, la chambre de céans retient que la rectification de cette décision répond manifestement à cette condition: en effet, cette décision initiale de refus de rente manifestement erronée, a pour conséquence qu'alors même que le degré d'invalidité non contesté était selon la décision du 10 août 2005 de 100 %, le droit à la rente est ainsi à tort définitivement, sinon durablement nié, alors que l'assuré y aurait probablement droit depuis 2004 ou 2005. Les décisions ultérieures, toutes fondées sur le motif initial retenu par l'OAI dans sa décision du 10 août 2005, démontrent, s'il le fallait encore, que la décision visée revêt bien une importance notable, dès lors que l'assuré se voit ainsi privé d'une rente entière d'invalidité de façon durable, ce qui en terme économique est considérable, quel que soit le montant mensuel de la rente (non déterminé à ce stade). 11. a. Ce nonobstant, au vu des principes rappelés ci-dessus, le texte légal de l'art. 53 al. 2 LPGA étant potestatif, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté, et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF 117 V 8 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8

consid. 2b/aa). Reste toutefois à déterminer si, dans le cas d'espèce, on se trouve dans la situation où, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice, au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; ATF 117 V 8 consid. 2a ; ATF 116 V 62 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1 et 2.2; DUPONT - MOSER-SZELESS Commentaire de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand Helbing Lichtenhahn, Bâle 2018, ad art. 53 notes 88 à 93 et réf. citées). b. En l'espèce, à réception de la demande de révision du dossier du 27 novembre 2017, l'OAI a adressé, par courrier du 29 novembre 2017 au conseil du recourant, un projet de décision aux termes duquel il envisageait de rejeter la demande. Ce projet résultait certes d'un examen sommaire se bornant, une fois de plus, à répéter les motifs invoqués dans la décision initiale (2005). Par courrier du 22 janvier 2018, l'assuré a contesté ledit projet de décision, relevant en particulier qu'il n'était pas "invalide à 100% avant son entrée en Suisse en 1993." Il l'était devenu peu à peu avec les années, suite à de nombreux problèmes de santé et d'accidents survenus après 1993. Il avait travaillé en Suisse entre 1995 et 2000 et avait également bénéficié de prestations de chômage durant cette période. Partant lorsqu'en novembre 2004 le SMR l'a reconnu invalide à 100%, ce fut pour des raisons postérieures à son arrivée en Suisse. Il était possible que l'OAI ait confondu le dossier avec celui de sa soeur, laquelle était effectivement arrivée en Suisse avec un handicap, ce qui n'était pas son cas à lui. Il avait travaillé en Suisse plusieurs années, avait cotisé plus d'une année aux assurances sociales et séjournait depuis plus de dix ans dans ce pays, au moment où il présentait sa demande initiale de rente. Par courrier du 24 janvier 2018, l'OAI a accusé réception du pli susmentionné. Fort des motifs invoqués par le recourant à l'appui de sa contestation l'office a annoncé qu'il allait procéder à un nouvel examen du dossier à la lumière des éléments avancés. Des mesures d'instruction complémentaires seraient peut-être nécessaires, qui pourraient prendre un certain temps. Une décision sujette à recours serait notifiée ensuite. Il est ainsi entré en matière. L'OAI a versé au dossier un extrait CI de l'assuré. Il en ressort notamment, ainsi que des pièces produites par le recourant, que l'intéressé a, à tout le moins, travaillé régulièrement et sans interruption pour Mövenpick de juillet 1996 à mai 1997, qu'il a bénéficié de prestations de chômage de juin 1997 à mai 1999 avec une période de gain intermédiaire (Hôtelpro Services SA) de juin à décembre 1998, et qu'il a ensuite travaillé pour l'O.P. de l'État de Genève de juin 1999 à mai 2000, dans le cadre d'un emploi temporaire pour les chômeurs en fin de droit. Sur quoi, l'OAI a rendu sa décision du 6 février 2018, par laquelle il a rejeté la demande. Il réitérait que des renseignements recueillis dans le cadre de la demande de prestations du 16 novembre 2004, le SMR avait reconnu l'assuré invalide à 100% pour toute activité depuis une date antérieure à son arrivée en Suisse. Dès lors et comme indiqué dans sa précédente décision (04.03.2013), l'office considérait une fois de plus, que force était de constater que l'intéressé ne réalise pas les conditions d'une année entière de cotisations ou de dix ans de résidence ininterrompue en Suisse lors de la survenance de l'invalidité (art.6 al. 2 LAI). Dans le cadre de l'audition l'intéressé contestait essentiellement la date de la survenance retenue par le SMR. Or les éléments apportés au dossier à ce jour ne permettaient pas, selon l'office, de revenir sur sa décision du 10.08.2005. Les indications de l'identité et le contrôle des conditions d'assurance nécessaires ont d'ailleurs fait l'objet de vérifications et aucune inexactitude n'a pu être relevée. On ne saurait suivre l'OAI qui persiste dans les termes et conclusions de ses décisions antérieures et en particulier celle du

10 août 2005, ignorant délibérément des éléments essentiels sur lesquels il dit pourtant avoir procédé à des vérifications. Dans le cadre de l'examen de la première demande (16 novembre 2004), il ressortait déjà des pièces que l'OAI avait réunies, que l'intéressé avait effectivement travaillé, pendant plusieurs années, en Suisse, depuis son arrivée. Les extraits C.I. qu'il a versés au dossier, dans la présente cause, sur audition, ainsi que les pièces produites par l'assuré par rapport à l'activité lucrative qu'il a déployée en Suisse, en particulier de 1996 à 2000, auprès de divers employeurs, à des taux et pour des salaires dénotant d'une activité normale sur le marché ordinaire du travail, étaient en effet propres à démontrer, quoi qu'il en soit, qu'à supposer que le principal diagnostic, jugé incapacitant lors de l'examen de la première demande, ait déjà existé à une période antérieure à l'arrivée de l'intéressé en Suisse, en 1993, - ce qui n'est toujours pas démontré - on ne saurait faire abstraction du fait que ce diagnostic ne l'a pas empêché de travailler, depuis son arrivée en Suisse, et pendant plusieurs années, ce qui, à teneur de la jurisprudence précédemment rappelée, excluait manifestement que l'on puisse retenir l'application du principe de l'unité, et faire remonter l'invalidité à une époque antérieure à 1993. D'autres éléments vont dans le même sens : contrairement à ce qu'affirme à nouveau l'OAI dans la dernière décision, le SMR n'a pas affirmé dans son avis d'avril 2005 que l'assuré serait invalide à 100% pour toute activité depuis une date antérieure à son arrivée en Suisse : la seule "date" que le SMR ait évoquée de façon certaine dans son avis, est celle de novembre 2003, le SMR considérant en effet que c'est dès ce moment-là en tout cas que l'assuré était déjà invalide (pour toute activité). On ne peut inférer de cette remarque qu'une seule chose: dans la mesure où la demande de prestation faisait état d'une incapacité de travail dès mai 2000, le SMR ne peut se prononcer de façon certaine que depuis novembre 2003. Une fois encore, indiquant que l'atteinte à la santé était déjà ancienne, le SMR ne faisait que se poser la question de savoir si, le cas échéant, elle existait déjà avant l'entrée en Suisse de l'intéressé, mais sans y répondre, et encore moins à la question de savoir si déjà à cette époque elle aurait entraîné une invalidité complète, ce qui, au degré de la vraisemblance prépondérante, ne peut pas être déduit de l'avis du service médical. Un autre élément doit en outre être pris en compte, dans ce contexte, et notamment par rapport à la fluctuabilité de cette atteinte à la santé au sens de la jurisprudence rappelée précédemment : le SMR a proposé en conclusion d'allouer une rente entière d'invalidité, en fixant une échéance de révision du dossier à trois ans, ce qui ne peut être que mis en relation avec les renseignements fournis par le médecin traitant qui indiquait en janvier 2005, que l'intéressé suivait un traitement médicamenteux, dont les effets permettaient de constater une bonne évolution, et notamment une diminution des hallucinations. Ces éléments d'appréciation permettaient donc de retenir que l'atteinte à la santé et que le diagnostic principal retenu de schizophrénie paranoïde était susceptible d'évoluer, dans un sens ou dans l'autre, au cours du temps. De sorte qu'en août 2005, lorsqu'il a rendu sa décision, l'OAI a unilatéralement fixé l'origine de l'invalidité à une période antérieure à 1993, soit avant l'arrivée de l'assuré en Suisse, mais cette conclusion ne reposait sur aucun élément concret et sérieux. C'est donc manifestement à tort que l'intimé, après être entré en matière sur la demande de reconsidération, l'a rejetée. Ainsi la décision entreprise doit-elle être annulée. 12. Lorsque l'assureur social entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision, deux cas de figure se présentent: si l'assureur social considère qu'il n'y a pas lieu à reconsidération et rend une décision matérielle de refus - ce qui est le cas en l'espèce -, cette décision est susceptible d'être attaquée en justice, ce qui est précisément l'objet de la présente procédure. Le contrôle juridictionnel se limite

cependant au point de savoir si les conditions d'une reconsidération sont réunies. Lorsque le juge considère que tel est le cas, il doit renvoyer la cause à l'assureur social pour que ce dernier revienne sur sa décision sous l'angle de la reconsidération et se prononce sur le droit aux prestations de la personne assurée ; le juge n'est pas habilité à rendre lui-même une décision par laquelle il reconsidérerait la décision administrative. Il n'a pas le pouvoir non plus de prescrire à l'administration les modalités de la reconsidération et ne peut pas étendre le réexamen à un objet différent de celui pris en considération par l'assureur social. (Voir en ce sens DUPONT - MOSER-SZELESS op. cit et réf. ad art. 53 note 92 page 643). Ainsi le recours sera admis, la décision de l'OAI du 6 février 2018 étant annulée et la cause retournée à l'intimé pour que ce dernier revienne sur sa décision sous l'angle de la reconsidération et se prononce sur le droit aux prestations de la personne assurée. 13. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H LPA). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). En l'espèce cette indemnité est fixée à hauteur de CHF 2'500.-. 14. Etant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

1. Déclare le recours recevable. Au fond :
2. L'admet.
3. Annule la décision de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du 6 février 2018 et retourne la cause à l'intimé, pour qu'il se prononce dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- valant participation aux honoraires de son conseil.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO 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.