

200.2017.48.AI

BOA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 23 août 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.F. Boillat, greffière



A. _____

représenté par Me B. _____

recourant

contre

Office AI Berne

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 1^{er} décembre 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1967 en C. _____, marié et père de deux enfants (nés en 2013 et 2016), sans formation certifiée, est arrivé en Suisse apparemment le 2 juin 1996 sous une fausse identité et il a demandé l'asile, qui lui a été refusé (une décision de renvoi exécutoire au 15 avril 1997 a été prononcée). En raison d'une suicidalité importante, il a été hospitalisé à deux reprises en milieu stationnaire, de septembre à octobre 1996, puis en avril 1997. Visiblement, au vu de l'incompatibilité de la décision de renvoi avec son état de santé, l'assuré a pu rester en Suisse, où il est désormais titulaire d'un permis B.

Sur le plan professionnel, selon notamment les déclarations que l'expert psychiatre a retranscrites, l'assuré est employé dans la restauration, au taux de 20% environ, depuis janvier 2004. Selon l'extrait du compte individuel (CI) de cotisations sociales, il apparaît que l'intéressé a exercé un pensum plus soutenu (principalement) en 2008 et qu'une période de chômage y a fait suite (des indemnités de l'assurance-chômage ont été perçues entre novembre 2008 et janvier 2012). D'un point de vue financier, l'assuré est soutenu par les services sociaux.

Indiquant souffrir d'une atteinte psychique existant depuis décembre 1996, l'assuré a déposé, en octobre 2014, une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements d'ordre professionnel (extrait du CI), social (rapport d'assistance sociale) et médical (rapports des psychiatres traitants de l'assuré). Après avoir sollicité l'avis d'une psychiatre du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a requis, le 12 janvier 2015, l'établissement d'une expertise sur le plan psychiatrique, dont les

conclusions ont été rédigées le 7 août 2015. Sur la base des informations collectées, dans un préavis daté du 7 juin 2016, l'Office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de nier son droit à des prestations de l'AI, estimant que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies.

En dépit des objections formulées par l'assuré contre cette préorientation (à l'appui desquelles il a joint un rapport médical de sa psychiatre traitante daté du 28 juin 2016), l'Office AI, après avoir sollicité une nouvelle prise de position de son SMR, en a confirmé la teneur par décision formelle du 1^{er} décembre 2016.

C.

Par acte daté du 16 janvier 2017, l'assuré, désormais représenté en justice, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, il a conclu principalement à l'annulation de la décision du 1^{er} décembre 2016 et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, voire à une rente entière d'invalidité, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 4 avril 2017, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Le recourant a complété son argumentation en répliquant le 24 mai 2017. Le mandataire du recourant a envoyé sa note d'honoraires le 8 juin 2017.

En droit:

1.

1.1 La décision du 1^{er} décembre 2016 de l'Office AI représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à l'obtention de prestations AI. L'objet du litige porte sur

l'annulation de cette décision et l'octroi de prestations AI (mesures d'ordre professionnel, voire une rente d'invalidité), subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par le recourant le fait que l'intimé considère qu'il ne remplit pas les conditions d'assurance lui permettant de prétendre à des prestations AI.

1.2 Interjeté en temps utile, auprès de l'autorité de recours compétente, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPJA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

A titre liminaire, il convient de mentionner que le recourant ne peut déduire aucun droit de la Convention relative au statut des réfugiés du 28 juillet 1951 (RS 0.142.30), ni de l'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité du 4 octobre 1962 (RS 831.131.11), dès lors que le statut de réfugié lui a été nié (pour la notion formelle de réfugié ATF 115 V 4 c. 2). En raison des éléments d'extranéité que présente le litige, il y a lieu également de préciser - en vertu du principe de la primauté du droit international sur le droit interne - qu'il n'existe pas de convention de

sécurité sociale bilatérale conclue entre la Confédération suisse et la C._____. Les conditions d'assurance (ou du droit aux prestations) du recourant en matière d'AI se définissent donc, en l'espèce, uniquement selon les dispositions du droit suisse.

3.

3.1

3.1.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

3.1.2 La LAI est fondée sur le concept de la survenance de l'invalidité. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. La LAI conçoit par conséquent le cas d'invalidité en fonction de la prestation spécifique qu'il induit (ATF 137 V 417 c. 2.2.3, 126 V 461 c. 1). Selon la pratique des tribunaux, ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé de l'assuré; des facteurs externes fortuits, comme en particulier la connaissance subjective par la personne requérant des prestations, ne sont pas pertinents (ATF 112 V 275 c. 1b; RCC 1987 p. 43 c. 3a; VSI 2003 p. 210 c. 2a). Le moment de la survenance de l'invalidité ne dépend en particulier ni de la date où une demande a été déposée, ni de celle à partir de laquelle une prestation est requise et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend pour la première fois que l'atteinte à la santé peut fonder un droit à des prestations (ATF 126 V 5 c. 2b, 118 V 79 c. 3a). L'invalidité peut ainsi survenir à plusieurs moments différents, à raison d'une seule atteinte à la santé, en fonction de la sorte de prestation spécifique entrant en considération; de ce fait, le cas d'assurance doit être déterminé de manière autonome en application de chaque norme légale d'octroi des

diverses prestations (SVR 2007 IV n° 7 c. 1.1). Ceci signifie que le rejet d'une prétention spécifique, faute de réalisation des conditions d'assurance à l'époque déterminante, ne porte pas préjudice à des prétentions d'un autre genre envisageables par la suite (SVR 2008 IV n° 14 c. 4).

3.1.3 S'agissant du droit à une *rente*, l'invalidité est, de par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir un droit à une rente lorsque sont réunies les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI (qui a codifié la jurisprudence développée à partir de l'ancien art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). En ce qui concerne les *mesures professionnelles de réadaptation*, selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Contrairement à ce qui prévaut en matière de droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne définit pas de degré d'invalidité minimal donnant droit à des mesures de réadaptation professionnelle (ATF 116 V 80 c. 6a).

3.2

3.2.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers, ainsi que les apatrides, ont droit à des prestations de l'AI. Sont assurées à la LAI les personnes qui sont assurées à titre obligatoire ou facultatif en vertu des art. 1a et 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-veillesse et survivants (LAVS, RS 831.10). Sont assurées à titre obligatoire, selon la LAVS, les personnes physiques domiciliées en Suisse ou qui exercent en Suisse une activité lucrative (art. 1a al. 1 let. a et b LAVS).

3.2.2 Les étrangers ont droit à des prestations AI, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) 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 (art. 6 al. 2 LAI). Pour que l'AI puisse allouer des prestations, les conditions d'assurance doivent être réalisées lors de la survenance de l'invalidité (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité, ch. 1040). En matière d'octroi de rente AI, l'art. 36 al. 1 LAI, dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2008, prévoit qu'a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations (cette durée était d'une année jusqu'au 31 décembre 2007).

3.2.3 Conformément à l'art. 29^{ter} al. 2 LAVS en corrélation avec l'art. 36 al. 2 LAI, sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (let. a), pendant lesquelles son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale (let. b), ou pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte (let. c). Selon l'art. 50 du règlement fédéral du 31 octobre 1947 sur l'AVS (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.

3.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

3.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

4.

4.1 En se fondant sur les conclusions médicales de l'expert, datées d'août 2015, l'Office AI, dans sa décision du 1^{er} décembre 2016, a nié le droit de l'assuré à l'obtention de prestations AI, en avançant que le recourant ne remplissait pas les conditions d'assurance lui permettant de prétendre à l'octroi de telles prestations. L'intimé a motivé son refus, qu'il a confirmé dans sa réponse au recours, en argumentant que l'assuré, âgé de 29 ans à son arrivée en Suisse (en 1996), était alors déjà atteint dans sa santé de manière invalidante dès lors que le diagnostic de trouble mixte de la personnalité retenu par l'expert, qui le restreint dans sa capacité de travail et de gain, existait déjà au moment de son entrée en Suisse et qu'il ne pouvait se prévaloir d'une année de cotisations au moment de la survenue de l'invalidité.

4.2 Le recourant, quant à lui, estime qu'il remplit les conditions d'assurance lui permettant de prétendre à des prestations AI (mesures

d'ordre professionnel, voire une rente d'invalidité). S'il ne nie pas le fait qu'il est fragilisé dans sa santé depuis de nombreuses années, l'assuré considère néanmoins que les pathologies dont il souffre ne l'ont pas rendu immédiatement incapable de travailler et, partant, invalide avant son entrée en Suisse, ainsi que l'atteste l'extrait de son compte individuel (et partant la perception de cotisations AVS/AI/APG y relatives en 1999 et de manière continue depuis 2004). Le recourant a précisé que le (relativement) petit pensum exercé en Suisse était bien dû à la précarité de son statut (statut de réfugié nié), et non à l'existence de problèmes de santé.

5.

Il conviendra de déterminer le moment de la survenance de l'invalidité chez l'assuré (cf. c. 3.1.2) sur la base des principaux documents médicaux versés au dossier AI.

Sur le plan médical, au dossier ne figure aucun rapport médical en relation avec la période durant laquelle l'assuré se trouvait encore dans son pays d'origine, soit jusqu'en 1996. Il convient donc de se fonder sur les principaux avis médicaux rédigés dès l'arrivée du recourant en Suisse et versés au dossier AI.

5.1 Lors des séjours hospitaliers stationnaires de l'assuré ayant eu lieu en septembre/octobre 1996 et en avril 1997, dans le contexte d'une suicidalité importante (abus médicamenteux commis dans un but suicidaire), que les médecins relient notamment au refus des autorités suisses de reconnaître au recourant le statut de réfugié, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions ainsi qu'une suspicion à la somatisation (dossier [dos.] AI 7/23), et de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'une personnalité anxieuse (évitante) ont été mentionnés (dos. AI 7/11). Le suivi psychiatrique ambulatoire mis en place de mai 1997 à janvier 1998 (dos. AI 7/35 à 40) après la dernière hospitalisation de l'assuré (du 11 au 28 avril 1997) a mis en exergue un patient souffrant d'épisodes dépressifs anxieux récurrents avec notamment une suicidalité particulièrement marquée en décembre 1997 (dos. AI 7/39).

5.2 Il apparaît qu'entre 1999 et juillet 2003, l'assuré n'a bénéficié d'aucun traitement psychiatrique régulier, le suivi médical ayant été assuré par son généraliste traitant. Il est question, durant ces années, de phases dépressives (sans suicidalité) avec une tendance à la somatisation. Il est aussi fait mention d'une médication prise de manière irrégulière (antidépresseurs, neuroleptiques, dos. AI 7/2, 5 et 6).

5.3 Dans le rapport du 2 septembre 2003 rédigé par les médecins professant dans l'unité psychiatrique spécialisée ayant accueilli le recourant en urgence en août 2003, il est fait état d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (exacerbé selon le corps médical en raison d'une correspondance reçue par l'Office des réfugiés), d'un trouble de la personnalité anxieuse et d'un possible état de stress post-traumatique. Le suivi ambulatoire psychiatrique mis en place a révélé une relative stabilité psychique chez l'assuré, de septembre 2003 jusqu'en mars 2004. Un épisode dépressif moyen sans suicidalité a été relevé en novembre 2004 (perdurant en décembre 2004 également) avec une mise fin au suivi psychiatrique ambulatoire en février 2004: *recte*: 2005). Si une consultation psychiatrique en urgence est protocolée en septembre 2005, celle subséquente de novembre 2005 a fait état d'un recourant soulagé en raison d'une autorisation de séjour en Suisse prolongée et signifiant, aux yeux des médecins, la fin du traitement ambulatoire psychiatrique.

5.4 Dans son rapport du 9 décembre 2014, la (nouvelle) psychiatre traitante de l'assuré, qui suit son patient depuis mars 2012, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent existant depuis 1996 (F33.11 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]), des troubles mixtes de la personnalité paranoïaque émotionnellement labile, impulsif (F61.0) et un état de stress post-traumatique existant depuis 1994 (F43.0). Cette spécialiste en psychiatrie considère que l'assuré présente un important risque de décompensation psychotique aiguë en présence d'une suicidalité qui n'est pas exclue et qui générerait, auquel cas, de nouvelles hospitalisations du recourant. Elle évalue l'incapacité de travail de l'assuré à hauteur de 80% depuis 2012, dans un emploi adapté

(environnement rassurant et tolérant, dos. AI 12/4), et pour une période indéterminée. Elle explique les restrictions professionnelles encourues par son patient en raison d'une importante fatigabilité, d'une nervosité et d'une irritabilité marquées. Elle relève également l'incapacité de l'assuré à gérer un stress sur son lieu de travail (qui pourrait être induit en raison d'impératifs liés au rendement ou en réaction à la gestion de critiques ou d'injustices). La psychiatre traitante considère qu'un pensum de 20% est exigible si le contexte de travail est rassurant et tolérant.

5.5 L'Office AI a sollicité l'établissement d'une expertise sur le plan psychiatrique, dont les conclusions ont été consignées dans un rapport du 7 août 2015.

L'expert psychiatre, qui a examiné le recourant le 5 août 2015, a retenu, comme diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité (F61.0), paranoïaque, émotionnellement labile, de type impulsif, présent dès la fin de l'adolescence, voire au début de l'âge adulte. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), existant depuis 1996. Dans l'estimation de la capacité de travail, l'expert a conclu que le recourant pouvait exercer une activité lucrative à hauteur de 20% depuis 2012 et jusqu'au 4 août 2015 (veille de son examen), date à partir de laquelle la capacité de travail de l'assuré, moyennant un encadrement approprié afin d'éviter une décompensation (augmentation progressive du taux) est, selon lui, de 40%.

5.6 La psychiatre du SMR, dans ses avis médicaux succincts des 4 et 20 mai 2016 et 14 septembre 2016, en se référant aux conclusions médicales de l'expert, a également retenu la présence d'un trouble mixte de la personnalité, présent depuis la fin de l'adolescence, voire le début de l'âge adulte. La médecin du SMR ne s'est pas exprimée de manière chiffrée sur la capacité de travail du recourant, son argumentation étant uniquement fondée sur le fait que l'assuré ne remplissait pas les conditions légales pour l'obtention de prestations AI, dès lors que le trouble mixte de la personnalité qui le restreint existait, selon elle, déjà avant son arrivée en Suisse.

5.7 Dans son avis médical du 28 juin 2016, produit en procédure de préavis, la psychiatre traitante a réitéré la présence, chez le recourant, d'un trouble mixte de la personnalité décompensé depuis 1997 et d'un trouble dépressif récurrent qu'elle estime, en juin 2016, comme étant moyen à sévère. Elle a précisé également que son patient présentait un développement de la personnalité déficitaire, immature, dont les effets ont été exacerbés dès son arrivée en Suisse en raison d'un stress psychologique dû au processus de migration et au risque de renvoi (dans le pays d'origine) omniprésent. Quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, elle considère que l'état psychique de son patient s'est dégradé lors de son arrivée en Suisse, en 1996, induisant alors une incapacité totale de travailler en raison d'épisodes de décompensations. Depuis 2004, cette spécialiste en psychiatrie estime que l'assuré est à même d'assumer son emploi actuel dans une mesure de 20%. Considérant que l'état de santé psychique de son patient s'est altéré depuis la rédaction de l'expertise (août 2015), la psychiatre traitante a avancé que cette péjoration ne permettait désormais plus au recourant (et contrairement à l'avis de l'expert) d'augmenter sa capacité de travail actuelle de 20% aux 40% préconisés par l'expert en août 2015 (dos. AI 32).

6.

6.1 A juste titre, le recourant ne conteste pas la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 7 août 2015 sur laquelle l'Office AI s'est fondé pour retenir le diagnostic (invalidant) de trouble mixte de la personnalité existant depuis l'adolescence, voire le début de l'âge adulte. En effet, d'un point de vue strictement formel tout d'abord, on peut constater que celle-ci est complète et convaincante. Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant. Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assuré en psychiatrie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans professionnel, familial, psychosocial et psychiatrique. Les avis médicaux figurant au dossier ont été soigneusement pris en considération par l'expert, démontrant une étude

approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert sont bien motivées.

6.2 Sur le plan matériel, l'expert a pris en considération les plaintes formulées par l'assuré. Puis, sur la base de ses propres observations, qu'il a soigneusement retranscrites, il a fait état d'un recourant orienté dans les trois modes, au contact émotionnel (s'établissant normalement) marqué par une anxiété et une tension. Il a qualifié l'attitude de l'assuré comme étant collaborante, sans méfiance, et sans signe de démonstrativité ou de théâtralité. Si l'expert a relevé un fonctionnement intellectuel dans la norme (rapidité de compréhension, capacité de raisonnement), une vigilance, une attention et une concentration sans particularités, de même qu'un discours structuré, il n'a pas omis de mentionner, chez l'assuré, un découragement perceptible, néanmoins sans altération d'humeur ou anxiété palpables et sans symptômes neurovégétatifs (tremblements, transpiration, sécheresse buccale). Sur la base des constats médicaux qui précèdent, ce spécialiste a ensuite livré une analyse dans laquelle il n'a négligé aucune piste. Ainsi, dans l'examen de l'existence d'un éventuel trouble de la personnalité, l'expert a démontré avec conviction de quelle manière les comportements spécifiques topiques étaient enracinés, chez l'assuré, de manière durable et profonde (comportements que l'expert considère par ailleurs comme exacerbés, chez l'assuré, dès son arrivée en Suisse) dans le domaine des cognitions, et ce, depuis l'adolescence (au plus tard). Ce spécialiste en psychiatrie a ainsi notamment illustré sa conclusion en mentionnant un épisode de brutalité à l'âge de 9 ans (l'assuré ayant menacé avec un compas un camarade de classe) et une réelle souffrance psychique existant, selon les dires de l'assuré lui-même, depuis l'âge de 18 ans. L'expert, de manière convaincante, a également mis en exergue le fait que le recourant avait une formation professionnelle *a minima* (affirmation qu'il a néanmoins tempérée par le fait que l'assuré s'est retrouvé très tôt à devoir soutenir financièrement sa famille), que son intégration dans le monde du travail était un échec et que sa biographie professionnelle était marquée par une instabilité et un manque de continuité (prise d'emplois sporadiques). Pour appuyer encore ses conclusions, l'expert a ajouté que le recourant, sur le plan sentimental, n'avait pu s'engager dans une relation de confiance que tardivement (44 ans). Puis, essayant de déterminer au

plus juste quel trouble spécifique de la personnalité pouvait entrer en considération en l'espèce, l'expert a examiné en détails les caractéristiques topiques des troubles potentiellement envisageables et décrits sous la rubrique F60-CIM (F60.0 à F60.9) et constaté qu'ils n'étaient pas suffisamment marqués, dans leur individualité, pour retenir une pathologie spécifique autonome, raison pour laquelle il a ensuite retenu l'existence de troubles mixtes de la personnalité (F61-CIM) chez le recourant, diagnostic qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute. Pour ce qui est toujours de la fiabilité matérielle de l'expertise psychiatrique, mais sous l'angle de l'existence (ou non) d'un trouble de l'humeur, prenant en considération les avis de ses confrères psychiatres (avis que l'expert partage quant au fait que le trouble dépressif récurrent qui atteint l'assuré depuis [en tout cas] son arrivée en Suisse a connu des degrés de gravité différents), l'expert a expliqué, en avançant une argumentation pertinente, les raisons pour lesquelles il considérait que l'assuré ne souffrait plus, au moment de la rédaction de l'expertise, d'un épisode dépressif, même de degré léger (il considère que le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission). A l'appui de sa conclusion, il a développé une argumentation convaincante: il a ainsi relevé la présence, chez le recourant, d'un discours à teinte négative, une humeur non clairement déprimée, une absence de tristesse franche, de pleurs ou d'un sentiment d'abattement en présence d'une modulation de la voix conservée. Il a également mentionné l'existence de sources de plaisirs (comme le fait pour l'assuré de s'occuper de sa fille) et l'absence d'altération de l'aptitude à penser, d'un trouble de la vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. La question d'un éventuel état de stress post-traumatique (tel que suspecté par l'un de ses confrères, en septembre 2003) a également été abordée par l'expert. Néanmoins, à la suite d'un raisonnement médical accompli et après examen des éléments constitutifs énumérés sous la rubrique F43.1-CIM, l'expert a écarté cette pathologie (pas de cauchemars, de réviviscences diurnes ou de conduites d'évitement marquées). Par souci de complétude, l'expert psychiatre s'est également penché sur l'éventuelle existence d'autres troubles de l'humeur (troubles affectifs bipolaires, dysthymie), de troubles anxieux constitués (agoraphobie, troubles paniques, anxiété généralisée) et de troubles somatoformes douloureux, qu'il a, de façon cohérente, en raison de l'absence d'éléments constitutifs topiques chez l'assuré, niés.

6.3 Dans l'estimation de la capacité de travail, en présence d'un trouble de la personnalité, c'est sur la base des observations/constatations médicales qui précèdent et qui sont pertinentes, que l'expert a évalué les limitations fonctionnelles du recourant. Ainsi, c'est en tenant compte de difficultés relationnelles qu'il qualifie de conflictuelles, d'une tendance aux éclats de colère, d'un sentiment de méfiance, ainsi que d'idées de persécution, que ce spécialiste a considéré, de manière convaincante, que les restrictions de l'assuré, d'ordre psychique uniquement, se répercutaient de manière défavorable sur son activité professionnelle. Partant, c'est logiquement que l'expert a retenu un pensum exigible à hauteur de 40% (que le recourant ne conteste d'ailleurs pas) depuis août 2015, qu'il préconise d'atteindre de manière progressive, l'assuré devant être épaulé, selon lui, par un environnement médical adéquat (avec au besoin un réajustement de la fréquence des consultations et du traitement médicamenteux). Quant à la période allant de 2012 à août 2015, il n'existe pas de raisons justifiant de s'écarter d'une capacité de travail résiduelle (moindre) de 20% retenue selon le critère de la vraisemblance prépondérante par l'expert sur la base du diagnostic et des conclusions (que l'expert considère comme) plausibles de la psychiatre traitante du recourant (dos. AI 21.1/16), dès lors que durant cette période-là, le recourant souffrait en sus d'un trouble mixte de la personnalité d'un épisode dépressif de degré moyen (alors qu'il est qualifié d'en rémission au moment de la rédaction de l'expertise).

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que, depuis 2012 et jusqu'au 4 août 2015, l'assuré, sur la base d'un trouble mixte de la personnalité et d'une dépression récurrente de degré moyen, était à même, dans son activité lucrative actuelle, de travailler à 20%, sans perte de rendement. Depuis août 2015, sur la base d'un (seul) trouble mixte de la personnalité (le trouble dépressif étant qualifié d'en rémission), le TA considère que l'assuré pourra peu à peu exercer une activité professionnelle à hauteur de 40% (pensum qu'il atteindra, conformément aux prescriptions de l'expert, moyennant un soutien médical adapté).

7.

7.1 Sur la base des conclusions probantes de l'expert (corroborant l'avis de ses confrères), il appert que le trouble mixte de la personnalité dont souffre le recourant est apparu durant son enfance/adolescence et a perduré au-delà de l'âge adulte. En sus de cette pathologie, les médecins consultés, de manière unanime (et dont les avis sont également corroborés par les conclusions de l'expert psychiatre qui s'exprime clairement en faveur d'un trouble dépressif récurrent en rémission au moment de la rédaction de l'expertise avec un risque non négligeable de rechute, dos. AI 21.1/17), ont mentionné l'existence d'une fragilité psychique de l'assuré au sens d'un trouble de l'humeur existant depuis 1996 (les médecins impliqués utilisent la locution de trouble dépressif récurrent avec des degrés de gravité fluctuants). Ainsi, notamment, il est logiquement question d'un degré de sévère intensité lors des hospitalisations intervenues en urgence, en septembre/octobre 1996 et avril 1997 quelques mois après son arrivée en Suisse, et de degré moindre durant les phases de stabilisation et mieux-être du recourant. Il convient de relever que, déjà lors des premières consultations psychiatriques en Suisse en 1996/1997, le personnel médical spécialisé avait fait état d'un trouble dépressif de nature *récurrente* (dos. AI 7/11), dont on peut inférer une fragilité psychique ancrée de longue date chez le recourant (dans tous les cas avant son arrivée en Suisse). Les déclarations de l'assuré, qui se décrit comme étant en proie à une souffrance psychique existant depuis l'âge de 18 ans ne font par ailleurs que renforcer cette présomption.

7.2 Il résulte de ce qui précède, s'agissant d'un (éventuel) droit à une rente AI, qu'à son arrivée en Suisse, en 1996, à l'âge de 29 ans, le recourant souffrait déjà, à tout le moins selon une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c.6), d'une atteinte à la santé de nature invalidante pouvant (potentiellement) lui ouvrir un droit à une rente AI. Il est en effet question, selon l'expert, d'un trouble mixte de la personnalité chez l'assuré existant depuis l'enfance/adolescence, induisant à lui seul une incapacité de travail médico-théorique que l'expert évalue, en août 2015, à 60% (cf. à ce sujet c. 6.3). De plus, si l'on considère également qu'un trouble dépressif

récurrent (d'intensité variable) ancré de longue date existe de manière concomitante (au trouble mixte de la personnalité) chez le recourant, il appert que l'exigence d'une incapacité de travail d'au minimum 40% durant une année est remplie (art. 28 al. 1 let. b LAI) déjà à l'arrivée en Suisse. L'art. 6 al. 2 LAI prévoit de plus une réserve pour les ressortissants étrangers au sens où ils ne peuvent prétendre à des prestations AI que 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. Il en résulte que, même si l'on fixait la survenance de l'incapacité de travail au moment allégué par l'assuré, soit à la fin de l'année 1996, six mois après l'arrivée en Suisse selon le recours, mais plus logiquement en septembre 1996, lors de la première hospitalisation en Suisse, il ne remplirait pas les conditions d'assurance nécessaires à l'octroi d'une rente AI (critère d'une année de cotisations en matière de rente valable jusqu'au 31 décembre 2007, celui-ci étant de trois ans depuis lors). En effet, d'après l'extrait du CI du recourant figurant au dossier AI (dos. AI 5/3), l'assuré a cotisé en août-septembre 1999 et n'a réalisé de manière ininterrompue des revenus soumis à cotisations AVS/AI que depuis le 1^{er} janvier 2004 (le CI ne comporte aucune trace de cotisations qui auraient été perçues sur une activité que le recourant invoque avoir exercée). C'est donc au plus tôt dès décembre 2004 qu'il a rempli la condition générale d'une année entière de cotisations (plus de onze mois, cf. c. 3.2.3) pour l'obtention de prestations AI et, à cette période, l'année d'attente consécutive à une incapacité de travail survenue fin 1996 serait largement échue. Egalement la réalisation de la condition alternative de 10 ans de résidence ininterrompue en Suisse n'est d'aucun secours au recourant dans la mesure où l'accomplissement de cette exigence ne pourrait lui ouvrir un droit à des prestations AI qu'à partir de 2006, étant donné qu'il est arrivé en Suisse en 1996. La situation de l'assuré du point de vue des conditions d'assurance resterait également inchangée dans l'hypothèse où se produirait, ou se serait produite, une augmentation du taux d'invalidité de l'assuré en raison de l'aggravation des atteintes initiales à la santé qui existent depuis son arrivée en Suisse ou peu après. Cette absence de nouveau cas d'assurance par le seul fait de la détérioration de l'état préalable vaudrait tout particulièrement dans la question d'une rente, quand bien même le taux le plus élevé d'invalidité ouvrirait un droit à une rente plus élevée (arrêts du Tribunal fédéral

[TF] 9C_697/2015 du 9 mai 2016 c. 3.2, 9C_36/2015 du 29 avril 2015 c. 5.1 et 5.2 et les références citées; ATF 136 V 369 c. 3.1; SVR 2007 IV n° 7 c. 2).

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de l'assuré à une rente AI au motif qu'il ne remplissait pas les conditions d'assurance imposées par l'art. 6 al. 2 LAI.

7.3 Même si la conclusion de la décision attaquée se focalise sur le droit à la rente, le refus couvre toute prestation AI, à savoir, en plus de la rente, au cas particulier, aussi les mesures de réadaptation (comme le mentionnent les bases légales exposées au début de la décision). Les conclusions du recourant, quant à elles, portent du reste tant sur l'obtention d'une rente AI que sur le droit à bénéficier de mesures d'ordre professionnel. Il est vrai qu'eu égard aux limites de l'objet de la contestation, la période couverte par la décision est arrêtée au jour où celle-ci a été rendue (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il ne serait donc pratiquement plus possible d'octroyer des mesures pour la période déterminante. Il convient toutefois de vérifier si un droit à de telles mesures a pu naître jusqu'au 1^{er} décembre 2016, droit qu'il y aurait lieu de mettre en œuvre dans le futur.

7.3.1 Dans le contexte des mesures d'ordre professionnel, l'invalidité survient dès que ces dernières sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé du recourant (art. 10 al. 1 et 2 LAI). Selon la jurisprudence, est déterminant le moment à partir duquel l'invalidité, compte tenu de sa nature et sa gravité, nécessite la mesure de réadaptation (en question) et la rend possible. L'événement assuré est réputé survenu lorsque l'atteinte à la santé influe sur la capacité de gain à un degré tel que l'on ne peut plus exiger de l'intéressé qu'il exerce son activité comme il le faisait avant la survenance de l'atteinte, que la mesure de réadaptation envisagée apparaît nécessaire et que les traitements et mesures médicales de réadaptation sont terminés (ATF 113 V 261 c. 1b). L'invalidité ne survient donc pas lorsqu'il apparaît qu'une mesure d'ordre professionnel sera nécessaire, mais seulement lorsque l'état de santé de l'assuré rend possible une telle mesure (ATF 112 V 275 c. 2c). Aussi longtemps que la mise en œuvre de la mesure d'ordre professionnel est exclue en raison de l'état de santé du

recourant, l'invalidité n'est pas encore survenue pour la mesure en cause (ATF 140 V 246 c. 6.2; SILVIA BUCHER, *Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung*, 2011, n° 111 p. 71 et 586 p. 302).

7.3.2 Parmi les mesures d'ordre professionnel pouvant entrer en considération, il apparaît d'emblée que le droit du recourant à une orientation professionnelle ou une formation professionnelle initiale doit être nié, la question de l'orientation professionnelle se posant, en général, durant les deux dernières années de scolarité obligatoire (vers 14/15 ans), celle d'une formation professionnelle initiale intervenant au terme de la formation scolaire et lorsque la personne concernée a fait son choix professionnel (MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité*, 2011, n. 1270 n° 1619 et 1629 ss). Or, en l'espèce, jusqu'à l'âge de 29 ans, le recourant se trouvait encore dans son pays d'origine, ne remplissant ainsi de toute évidence pas les conditions d'assurance au sens prescrit par l'art. 6 al. 2 LAI lorsque la question de l'octroi de telles mesures aurait pu se poser. Quant au moment auquel un éventuel droit au placement (selon l'art. 18 LAI, voire droit à un reclassement selon l'art. 17 LAI) aurait pu prendre naissance, en l'absence d'informations sur le parcours professionnel du recourant dans son pays d'origine ou celui où il aurait transité (dos. AI 21.1/5), il appert, selon l'extrait du CI, qu'en septembre 1999, l'assuré a cessé son activité lucrative au sein de la pizzeria qui l'employait, notamment en raison d'une grande fatigue éprouvée (dos. AI 21.1/5) et qu'il n'a plus travaillé jusqu'en janvier 2004. D'un point de vue médical, il apparaît, au vu des rapports médicaux versés au dossier AI et selon le critère de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est stabilisé entre 1999 et jusqu'en juillet 2003, ne nécessitant aucun traitement psychiatrique ou médication régulière (cf. c. 5.2), contrairement à la situation ayant prévalu à son arrivée en Suisse et jusqu'en décembre 1997 (diverses hospitalisations étant intervenues, cf. c. 5.1). Autrement dit, l'état de santé de l'assuré aurait rendu possible la mise sur pied d'une mesure de réadaptation, au plus tard (au vu des incertitudes quant au parcours professionnel de l'assuré à l'étranger) dès octobre en 1999 (cf. ATF 146 V 246 précité). Or, si l'on considère que l'invalidité est survenue à ce moment-là (au plus tard), le recourant ne pouvait se prévaloir d'une année de cotisations. Partant, il ne

remplissait pas non plus les conditions d'assurance de l'art. 6 al. 2 LAI au moment de la survenance de l'invalidité s'agissant des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

8.

8.1 Eu égard aux informations ressortant du dossier AI, se pose toutefois la question de savoir si, ultérieurement à la survenance du cas d'invalidité, des interruptions notables de l'incapacité de gain sont survenues, qui permettraient d'admettre l'existence, depuis l'arrivée en Suisse de l'intéressé, d'un nouveau cas d'assurance. En effet, la question de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé 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 de survenance de l'invalidité (cf. jurisprudence du TF précitée).

8.2 En l'espèce, il convient d'emblée de mentionner qu'il n'est pas possible d'arrêter avec précision le taux d'occupation initial (voire ses éventuelles fluctuations) auquel l'assuré a été engagé au sein du restaurant qui l'emploie, le contrat de travail le liant à son employeur et le formulaire topique du questionnaire adressé à l'employeur en cas de demande AI n'étant pas versés au dossier AI. Il convient donc de se fonder sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante, à savoir que l'assuré a été employé, par un patron indulgent avec lequel il s'entendait bien, dans son emploi initial et usuel au sein du restaurant qui l'emploie depuis mars 2006 au taux de 20%, ainsi qu'il l'a notamment déclaré à l'expert. Si l'on examine l'extrait du CI de l'assuré, il apparaît que le revenu de son travail à temps partiel varie peu, atteignant un montant annuel se situant en dessous de Fr. 15'000.-. Il est vrai que les années 2007 et 2008 mettent en exergue des salaires plus conséquents (Fr. 23'847.- pour 2007 et Fr. 42'539.- pour l'année 2008). L'on ne saurait néanmoins inférer, sur la base de cette seule constatation, que l'éventuelle amélioration de l'état de santé de l'assuré a interrompu l'invalidité, survenue au plus tard à fin 1997, s'agissant de la rente, et en octobre 1999, en ce qui concerne les mesures

de réadaptation professionnelles. En effet, il apparaît, tout d'abord, que les déclarations de l'assuré concernant la raison de son faible taux d'occupation sont contradictoires. Alors que celui-ci déclare à l'expert qu'il aurait essayé de travailler en 1999 au sein d'une pizzeria et que cette tentative se serait soldée par un échec (en raison de sa lenteur et d'une fatigue omniprésente), il avance dans sa réplique du 24 mai 2017 que, s'il n'a pu développer qu'une activité professionnelle minime en Suisse au moment de son arrivée, c'est en raison de son statut précaire, et non du fait de ses problèmes de santé. Il apparaît également que l'assuré aurait travaillé à un pensum supérieur aux 20% initiaux (il est question selon l'assuré d'un taux d'occupation dépassant les 100%) durant 8 à 9 mois seulement et que cette tentative se serait soldée par un échec en raison de crises survenues sur son lieu de travail. Même si l'on devait retenir que le recourant a exercé une activité lucrative à plein temps en 2008, celle-ci n'aura été qu'éphémère (8 à 9 mois) et n'est pas véritablement représentative. Il ne faut en effet pas perdre de vue que l'environnement professionnel dans lequel l'assuré évolue depuis mars 2007 (date à laquelle un nouvel employeur aurait repris la raison sociale de l'employeur initial du recourant) est particulièrement tolérant et protecteur à son égard, que ce soit en relation avec les mandats qui lui sont confiés (qui protègent l'assuré dans son contact difficile avec les autres et qui le préservent de toute exigence liée à une quelconque productivité ou du stress, comme le fait qu'il effectue des nettoyages ou prépare des pâtes à pizza) ou encore dans la gestion de ses absences (ainsi le recourant invoque que, lorsqu'il se sent fatigué, faible et étourdi, il lui arrive de quitter son lieu de travail après 30 minutes seulement de présence effective). Le dernier avis médical du 28 juin 2016 de la psychiatre traitante de l'assurée retraçant l'évolution de la capacité de travail de l'assuré depuis son entrée en Suisse milite également contre une interruption de l'invalidité chez le recourant au cours de l'année 2008. En effet, celle-ci mentionne expressément que l'assuré, en raison de décompensations aiguës, dispose d'une capacité de travail réduite et constante, à hauteur de 20% depuis 2004.

L'on ne saurait, par conséquent, retenir que le recourant a recouvré une capacité de travail suffisante à interrompre l'invalidité préalablement constatée (cf. c. 7.2) et, partant, admettre l'existence d'un nouveau cas

d'assurance. C'est donc à raison que l'Office AI a estimé que l'assuré ne remplissait pas les conditions légales lui permettant de prétendre à des prestations AI.

9.

9.1 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté. Le recourant ne remplit pas les conditions d'assurance prévues par la loi pour l'obtention de prestations AI, ni à la survenance de l'invalidité à prendre en considération pour chaque type de prestations, ni par la suite, jusqu'à la date de la décision contestée, l'invalidité préalablement survenue n'ayant pas été interrompue.

9.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

9.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGa a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire du recourant,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).

