

200.2017.708.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 22 août 2018

Droit des assurances sociales

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



A. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 31 juillet 2017

En fait:

A. _____ Ali, né en 1977 en B. _____, marié et père de trois enfants (nés en 2010, 2014 et 2016), sans formation certifiée, est arrivé en Suisse en juillet 2015 où il est titulaire d'un permis B. Selon l'extrait du compte individuel de cotisations sociales (CI), depuis son arrivée en Suisse, l'assuré n'a jamais exercé d'activité professionnelle. Sur le plan financier, il est soutenu par les services sociaux.

Indiquant avoir contracté la poliomyélite durant son enfance dans son pays d'origine (trois opérations successives ayant été pratiquées sans succès selon l'assuré), il a déposé, en août 2015, 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. Une fois ces informations collectées et après avoir sollicité l'avis du médecin du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a informé l'assuré, dans un préavis daté du 12 mai 2016 que, sur la base d'un degré d'invalidité de 10%, il envisageait de nier son droit à une rente d'invalidité. L'intéressé a formulé ses objections le 23 mai 2016 contre cette préorientation, qu'il a complétées, le 28 juin 2016, par la transmission, à l'Office AI, d'une liasse de documents médicaux. Après avoir sollicité une nouvelle prise de position de son SMR (par une spécialiste en orthopédie), l'Office AI a confirmé, par décision formelle du 13 octobre 2016, la teneur de son précédent préavis.

Le 9 février 2017, l'assuré a adressé un courrier à l'Office AI (reçu le 13 février 2017), demandant à pouvoir bénéficier de mesures d'ordre professionnel. Par décision formelle du 31 juillet 2017 (en dépit des objections de l'assuré contre le préavis du 3 mai 2017), l'Office AI a rejeté la demande de l'assuré.

C.

Par acte daté du 17 août (reçu le 21 août) 2017, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), concluant, en substance, à l'octroi de mesures professionnelles. Par courrier du 31 août 2017, il a également requis l'assistance judiciaire (dispense des frais de justice).

Dans son mémoire de réponse du 2 octobre 2017, l'Office AI a conclu au rejet du recours, en renvoyant à la décision du 31 juillet 2017. Le recourant a répliqué le 9 octobre 2017 et l'intimé a renoncé à dupliquer le 16 octobre 2017.

En droit:

1.

1.1 La décision du 31 juillet 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi (au moins) de mesures d'ordre professionnel.

Il convient d'emblée de préciser que l'objet de la contestation se rapporte uniquement au refus, par l'intimé, d'octroyer des mesures d'ordre professionnel au recourant, au motif que ce dernier ne remplit pas les conditions d'assurance. Ne sont en effet pas couverts par l'objet de la contestation, le refus de rente AI statué par décision (restée incontestée) du 13 octobre 2016 (dès lors entrée en force), le bien-fondé de la communication faite par l'Office AI à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) ou encore la demande en dommages et intérêts à l'encontre de l'Office AI (réplique du 9 octobre 2017) pour lésion d'un droit patrimonial (perception de cotisations AVS/AI/APG prétendument à tort et refus de rente AI). Dans la mesure où le recourant, en demandant que le

TA lui accorde ces droits, vise des prétentions non couvertes par la décision du 31 juillet 2017, son recours est irrecevable.

1.2 Pour le surplus, interjeté dans les formes (minimales) prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir, en temps utile et auprès de l'autorité compétente pour en connaître, 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 fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 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 Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 al. 1 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

A titre liminaire, il convient de relever que le litige présente des éléments d'extranéité. En effet, le recourant est originaire de B. _____ et il s'est marié en mai 2015 avec une ressortissante de l'UE (dossier [dos.]. AI 1). Dans son recours et ses prises de position ultérieures, il n'indique aucune autre nationalité que la sienne. En vertu du principe de la primauté du droit international sur le droit interne – et du fait qu'il n'existe pas de convention de sécurité sociale bilatérale conclue entre la Confédération suisse et la B. _____, 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.

2.1

2.1.1 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).

2.1.2 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).

2.1.3 S'agissant des mesures professionnelles de réadaptation, selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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).

2.2

2.2.1 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).

2.2.2 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 sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, ch. 1040).

2.2.3 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 sur l'AVS du 31 octobre 1947 (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.

2.3 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).

2.4 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).

3.

3.1 En se fondant sur les conclusions médicales des médecins de son SMR, l'Office AI, dans sa décision du 31 juillet 2017, a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles, 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 en argumentant que l'assuré souffrait d'une infirmité congénitale depuis sa naissance (*recte*: d'une infirmité depuis son enfance). Partant, au moment de la survenance de l'invalidité (dans la question d'un éventuel droit à des mesures professionnelles), l'assuré vivait encore dans son pays d'origine et ne pouvait, dès lors, remplir la condition (alternative) d'une année de cotisations AVS/AI/APG ou 10 ans de résidence en Suisse, prérequis nécessaire à l'obtention de prestations AI.

3.2 Le recourant, quant à lui, estime que c'est à tort que l'intimé a nié son droit à des mesures professionnelles. Il est d'avis qu'il remplit les conditions d'assurance (une année de cotisations) du fait qu'il a demandé des mesures professionnelles en février 2017 alors qu'il a commencé à payer des cotisations AVS/AI/APG dès août 2015. Il avance de plus que, s'il s'est acquitté de son obligation de paiement, en dépit d'une situation financière difficile, c'est en raison d'une promesse que l'Office AI lui aurait faite quant au bien-fondé de sa (future) prétention (octroi de mesures professionnelles). Enfin, l'assuré fait également implicitement valoir qu'il ne comprend pas pourquoi, dans sa décision du 13 octobre 2016 niant un droit à une rente AI, l'Office AI lui a refusé une rente AI en procédant à un calcul de l'invalidité (degré d'invalidité de 10%, ce qui laisserait inférer, selon lui, qu'il remplit les conditions d'assurance).

4.

Il conviendra de déterminer le moment de la survenance de l'invalidité chez l'assuré (cf. c. 2.1.2) sur la base des principaux documents médicaux versés au dossier AI.

4.1 Aucun rapport médical rédigé durant la période pendant laquelle l'assuré vivait dans son pays d'origine n'a été versé au dossier AI. Des années durant lesquelles le recourant a résidé en C._____, les documents médicaux suivants renseignent sur son état de santé.

4.1.1 Le rapport d'hospitalisation rédigé le 3 octobre 2007 à la suite d'un séjour hospitalier stationnaire du 31 août au 25 septembre 2007 mentionne l'existence d'une poliomyélite contractée durant l'enfance avec paralysie du membre inférieur droit, qui a entraîné, chez l'assuré, une boiterie et un raccourcissement du membre inférieur droit. Des douleurs lombaires (en relation avec la présence d'un canal lombaire étroit, des discopathies au niveau L2-L3 et de séquelles de dystrophie vertébrale de croissance), au niveau du genou droit et de la cheville droite, que les médecins ont mises en relation avec le raccourcissement du membre inférieur droit, ont également été relevées.

4.1.2 Les diverses radiographies effectuées en avril 2010 ont mis en évidence un rachis lombo-sacré debout dans les normes et une cheville droite sans particularités. Les clichés du bassin et de la hanche ont révélé une minéralisation et une structure osseuses normales en présence d'une asymétrie de développement ilio-fémoral (bascule du bassin vers la droite) en liaison avec l'existence d'une poliomyélite contractée durant l'enfance.

4.2 Depuis son arrivée en Suisse, en juillet 2015, les documents médicaux suivants renseignent sur l'état de santé du recourant:.

4.2.1 Les médecins spécialistes en rhumatologie, immunologie et allergologie, ont retenu, comme diagnostics, dans leur rapport médical du 3 février 2016 (rédigé dans les mêmes termes que celui du 22 janvier 2016), un status après une poliomyélite contractée en B. _____ durant l'enfance et la présence d'arthrose au genou droit et dans la partie supérieure de la cheville droite (péroné). D'un point de vue morphologique, ils ont relevé une différence marquée au niveau de la musculature entre la jambe droite et la gauche, de même qu'une différence de longueur prononcée entre les deux jambes. Est mentionné également le fait que le recourant n'a jamais pu porter les orthèses initialement prévues (en B. _____) et visiblement mal ajustées. Le recourant a fait part à ces spécialistes de douleurs lombaires irradiant jusque dans la jambe droite (en recrudescence depuis deux ans), d'un déficit d'extension au niveau du genou droit et d'un pied tombant. Concernant la capacité de travail, les médecins consultés considèrent qu'elle est fortement altérée pour les activités physiques exigeantes. S'ils estiment que l'incapacité de travail

n'est que très peu marquée pour les activités légères, ils recommandent néanmoins de recourir à un examen approfondi pour une évaluation précise de celle-ci.

4.2.2 Dans son rapport succinct du 12 février 2016, le généraliste traitant a fait état de la survenance d'un accident ayant privé l'assuré de toute possibilité d'exercer une activité lucrative jusqu'au 15 juin 2016. Selon la prescription de physiothérapie émise par le médecin exerçant dans l'hôpital ayant accueilli l'assuré, le recourant a été soigné en raison d'une entorse à la cheville droite survenue le 30 avril 2016.

4.2.3 Le rapport médical du 20 juin 2016 du spécialiste en neurochirurgie a fait état de douleurs lombaires chroniques éprouvées par le recourant, conséquence, selon lui, d'une posture asymétrique imposée par une musculature atrophiée à droite et influençant également la position du bassin. Sur la base de l'IRM effectuée en juin 2016, qualifiée de sans particularités pour un patient de l'âge de celui de l'assuré (pas de rétrécissement du canal rachidien ni de discopathies), une lordose de la colonne lombaire et une légère scoliose convexe, à gauche, en liaison avec une charge chronique induite par atrophie (asymétrie), ont été mises en évidence. Afin de réduire les douleurs, le médecin a préconisé d'utiliser des orthèses (attèles, souliers compensés). Sans évaluer de manière chiffrée la capacité de travail de l'assuré, le spécialiste en neurochirurgie a estimé que le recourant n'était à même d'exercer une activité lucrative que si son poste de travail était adapté à ses handicaps, à savoir lui permettant de varier les positions (assise, debout) et de se déplacer régulièrement.

4.2.4 Les rapports des médecins du SMR, rédigés successivement les 26 avril et 11 août 2016 par un spécialiste en chirurgie orthopédique (qui a formulé ses conclusions sur la base du dossier) et un spécialiste en orthopédie (qui a examiné l'assuré), ont confirmé les diagnostics retenus par leurs confrères, à savoir un status après une poliomyélite contractée en 1983, une gonarthrose à droite et de l'arthrose de l'articulation tibiotarsienne à droite également. Selon les médecins du SMR, les limitations dont souffre le recourant et qui le restreignent, existent depuis 1983 (infection par le virus de la polio) et influencent sa capacité de travail. S'agissant du profil d'exigibilité, ils estiment que l'activité de décorateur

d'intérieur, que l'assuré dit avoir exercée lorsqu'il était domicilié en C._____, n'est plus exigible. Ils considèrent qu'une activité physiquement légère, occasionnellement moyennement contraignante, variant les charges et exercée en position principalement assise, est exigible sans perte de rendement.

5.

5.1 Au vu des avis médicaux concordants des médecins consultés par l'assuré et figurant au dossier AI (de 2010 à août 2016), il est avéré que le recourant est atteint dans sa santé depuis son enfance, dès lors qu'il a contracté le virus de la polio en 1983, pathologie ayant entraîné, depuis l'enfance, un raccourcissement/paralysie du membre inférieur droit. Est également admis par le corps médical la présence de séquelles somatiques (douleurs lombaires chroniques irradiant jusque dans la jambe droite, gonarthrose à droite avec un déficit d'extension et une arthrose au niveau de la cheville droite [mauvaise position originaire de la cheville non corrigée]) dues à une posture asymétrique imposée au recourant de par son handicap. Il est également incontesté que l'état de santé de l'assuré, depuis son arrivée en Suisse, en juillet 2015, est stationnaire, aucun nouveau diagnostic autonome n'ayant été relevé.

5.2 Quant à la capacité de travail, excepté l'Office AI par l'entremise de son SMR qui a retenu un pensum exigible de 100% moyennant une perte de rendement de 10%, aucun des spécialistes consultés n'a estimé de manière chiffrée les incidences de la poliomyélite sur la capacité de travail de l'assuré (il est notamment question d'une capacité de travail fortement altérée pour les activités physiques exigeantes et très peu marquée pour les activités légères [c. 4.2.1] et d'une activité lucrative exigible si celle-ci est adaptée [c. 4.2.3]). Il convient également de tempérer l'incapacité de travail totale temporaire (jusqu'au 15 juin 2016) attestée par le généraliste traitant de l'assuré faisant suite à un accident apparemment survenu le 30 avril 2016, dès lors que les neurochirurgiens ayant examiné le recourant le 17 juin 2016 n'ont rien relevé en ce sens (aucun nouveau diagnostic n'est retenu, également aucune aggravation de la pathologie existante avec

effets sur la capacité de travail n'est mentionnée). Au vu de ce qui précède, s'il n'est certes pas possible de chiffrer de manière précise la capacité de travail de l'assuré, il n'en demeure pas moins que celle-ci, selon le critère de la vraisemblance prépondérante, est altérée, en raison des séquelles dues à la poliomyélite que l'assuré a contractée durant son enfance. Dès lors, même si l'on prend en compte la restriction médico-théorique la plus faible, soit 10% (à l'instar de l'intimé), l'examen d'un (éventuel) droit de l'assuré à des mesures professionnelles s'impose dans tous les cas. En effet, contrairement à ce qui prévaut en matière du droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), et excepté pour les mesures de réinsertion (art. 14a LAI) et le reclassement (art. 17 LAI), la loi ou la jurisprudence ne définissent pas de degré d'incapacité de travail minimal donnant droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

6.

Ainsi que cela a été énoncé au c. 2.1.2, la LAI est fondée sur le concept de la survenance de l'invalidité. L'invalidité est ainsi réputée survenue dès qu'elle est, de par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir un droit en fonction de la prestation spécifique qu'elle induit.

6.1 L'art. 10 al. 2 LAI prévoit que la survenance de l'invalidité concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel prend naissance dès que celles-ci sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé du recourant (art. 10 al. 1 LAI pour le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle). 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).

6.2 Parmi les mesures pouvant entrer en considération, il apparaît d'emblée que le droit du recourant à une orientation professionnelle et une formation professionnelle initiale doit être nié.

Alors que la question de l'octroi d'une orientation professionnelle se pose, en général, durant les deux dernières années de scolarité obligatoire, celle d'une formation professionnelle initiale intervient au terme de la formation scolaire et lorsque la personne concernée a fait son choix professionnel. Cette dernière mesure a en effet pour but de rendre l'assuré concerné apte à exercer une profession (MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité*, 2011, n. 1270 n° 1619 et 1629 ss). En l'espèce, tant la question du bien-fondé d'une orientation professionnelle que celle d'une formation professionnelle initiale se sont posées peu avant le terme de la scolarité obligatoire (soit vers 14/15 ans) du recourant, ou, respectivement, à son terme, autrement dit, lorsque l'assuré se trouvait encore dans son pays d'origine. Il en résulte que la survenance de l'invalidité, pour ces mesures en particulier, doit être fixée bien avant l'arrivée du recourant en Suisse, par conséquent, à un moment où l'assuré ne remplissait pas les conditions d'assurance au sens prévu par l'art. 6 al. 2 LAI.

6.3 Seule la question d'un éventuel droit au placement doit encore être examinée, l'assuré ne remplissant de toute évidence pas les conditions générales du droit à l'obtention d'une mesure de reclassement (notamment pas d'exercice d'une activité lucrative d'une certaine importance durant 6 mois). Il convient donc de déterminer si, au moment de la survenance de l'invalidité, pour cette mesure en particulier, le recourant remplissait les conditions générales d'assurance prescrites par l'art. 6 al. 2 LAI.

Peu importe la période à laquelle l'on se réfère (celle ayant précédé son arrivée en Suisse ou bien au moment de son arrivée, en juillet 2015), force est de mentionner tout d'abord que, selon les conditions posées par la pratique (cf. ATF 146 V 246 précité), l'état de santé (stationnaire) de l'assuré (cf. c. 5) n'a (n'aurait) jamais fait obstacle à la mise sur pied d'une mesure de placement. Au vu des documents figurant au dossier AI, il n'est toutefois pas possible de retracer le parcours professionnel du recourant. Si l'on envisage néanmoins l'hypothèse la plus favorable pour ce dernier, à savoir qu'au moment le plus reculé, il aurait travaillé sans restrictions durant ses séjours en C. _____ de 2003 à 2007, ou en D. _____ de 2007 à 2014 (après un séjour en Suisse que l'assuré situe entre 2009 et 2010, Protokoll per 02.10.2017 p. 2), la question de mesures d'ordre professionnel ne se serait alors posée qu'à son arrivée en Suisse. Partant, c'est donc au plus tard à ce moment-là (juillet 2015), que celles-ci auraient été indiquées, autrement dit, que l'invalidité serait survenue. Or, il apparaît qu'en juillet 2015, l'assuré ne pouvait justifier d'une année de cotisations (soit au moins 11 mois au total selon l'art. 50 RAVS) au sens voulu par l'art. 6 al. 2 LAI. En effet, selon les décisions de la Caisse de compensation du canton de Berne (dos. AI 30/4), il appert que le recourant a commencé à payer ses cotisations AVS/AI/APG en tant que personne non active dès le 1^{er} août 2015, avec pour conséquence que ce n'est qu'au 1^{er} juillet 2016, soit à un moment postérieur à la survenance de l'invalidité, qu'il a pu se prévaloir d'une année de cotisations.

7.

7.1 Eu égard aux informations ressortant du dossier AI, il convient également d'exclure la survenance d'un nouveau cas d'assurance, à savoir la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus, et qui serait propre à ouvrir un droit à des mesures d'ordre professionnel (dès le 1^{er} juillet 2016, moment à partir duquel le recourant compte une année de cotisations). 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 d'invalidité (TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 et la jurisprudence citée).

7.2 En l'espèce, il est patent que l'état de santé de l'assuré, depuis son arrivée en Suisse, en 2015, est stationnaire, les diagnostics de status après une poliomyélite contractée dans son pays d'origine durant l'enfance, d'arthrose dans le genou droit et la dans la partie supérieure de la cheville droite (comme conséquences d'une position asymétrique de l'assuré en raison de la poliomyélite) ayant été invariablement retenus. S'il est vrai que le médecin traitant de l'assuré a fait état d'une incapacité de travail totale de janvier à juin 2016, celle-ci doit d'emblée être relativisée. En effet, il apparaît tout d'abord que cette restriction est temporaire et en relation apparemment (aussi) avec une entorse survenue à la cheville droite en avril 2016. Plus précisément concernant la période allant du 25 janvier à avril 2016, aucune explication n'est donnée quant aux limitations prétendument encourues et attestées par le médecin traitant de l'assuré. Il convient également de relever que, quelques jours après le terme de l'incapacité de travail totale attestée par le médecin traitant (jusqu'au 15 juin 2016, dos. AI 26/62), les spécialistes en neurologie ayant examiné le recourant le 17 juin 2016 n'ont relevé aucune nouvelle pathologie (qui aurait une autre origine que la poliomyélite) ou mentionné une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'exclure la survenance d'un nouveau cas d'assurance, qui pourrait justifier d'ouvrir un droit à des mesures d'ordre professionnel (dès le 1^{er} juillet 2016, moment à partir duquel l'assuré compte une année de cotisations).

8.

8.1 Le principe de la bonne foi (art. 9 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]) comprend, d'une part, le droit du citoyen ou de la citoyenne à être protégé(e), à certaines conditions, dans la confiance légitimement placée dans des promesses des autorités ou tout autre comportement de celles-ci de nature à faire naître une telle confiance, pour

autant que ces actes visent une situation concrète concernant le citoyen ou la citoyenne en cause. D'autre part, ce principe interdit aussi bien aux autorités qu'aux personnes privées de se comporter de façon contradictoire ou abusive dans leurs rapports de droit public. Il y a abus de droit notamment lorsqu'une institution juridique est utilisée à l'encontre de son but pour réaliser des intérêts que cette institution ne veut pas protéger (ATF 130 I 26 c. 8.1, 127 II 49 c. 5a; TF H 157/04 du 14 décembre 2004 c. 3.3.1). Selon la pratique, il n'y a pas que les renseignements erronés qui peuvent obliger l'administration à consentir à un ou une administré(e) un avantage contraire à la loi. Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué avec succès en présence, simplement, d'assurances ou d'un comportement de l'administration susceptibles d'éveiller chez l'administré(e) une attente ou une espérance légitime (ATF 111 Ib 116 c. 4). Le principe de la protection de la bonne foi est valable non seulement lorsque le citoyen ou la citoyenne a pris des dispositions sur lesquelles il ou elle ne peut revenir sans subir un préjudice, mais également lorsque, confiant(e) en l'exactitude du renseignement ou de l'indication délivrés par l'autorité, il ou elle a omis de prendre des dispositions qu'il ou elle n'est plus en mesure de rattraper sans préjudice (ATF 110 V 145 c. 4b; SVR 1998 AHV n° 30 c. 8b).

8.2 C'est en invoquant que le refus de rente AI (resté incontesté, cf. let. B) statué par décision du 13 octobre 2016 résultait d'un calcul de l'invalidité (dont on devrait inférer que les conditions d'assurance sont remplies), que l'assuré fait tout d'abord valoir implicitement son droit à la protection de la bonne foi.

Il est vrai que, dans sa décision de refus de rente AI d'octobre 2016, l'Office AI a procédé à un calcul de l'invalidité. Il n'en demeure pas moins que la motivation matérielle de ce refus, sur la base d'un degré d'invalidité de 10% (insuffisant à ouvrir le droit à une rente AI), ne saurait correspondre à une acceptation tacite générale de la réalisation des conditions d'assurance prescrites à l'art. 6 al. 2 LAI, et dont le recourant peut se prévaloir pour en tirer un droit. D'une part, l'Office AI parvenant au résultat d'un refus de rente même en procédant à un calcul de taux d'invalidité sur la base des éléments déjà au dossier, il pouvait rendre sa décision sans examen des

conditions d'assurance. D'autre part, le concept général du principe de la survenance de l'invalidité (art. 4 al. 2 LAI; cf. c. 2.1.2) ne permet de toute façon pas de déduire quoi que ce soit concernant les conditions d'assurance pour une prestation spécifique d'un prononcé préalable relatif à une autre prestation ou situation (SVR 2008 IV n°14 c. 4).

8.3 Le recourant fait également valoir qu'il s'est acquitté de son obligation de payer des cotisations (depuis le 1^{er} août 2015), de sorte qu'au moment où il a demandé à pouvoir bénéficier de mesures d'ordre professionnel, il comptait (plus d') une année entière de cotisations lui permettant de prétendre à une rente AI, ou, au moins, à des mesures professionnelles, selon la promesse qui lui aurait été faite par le conseiller de l'Office AI.

Tout d'abord, il apparaît d'emblée qu'au dossier AI ne figure aucune trace (écrite, orale) d'un éventuel renseignement ou promesse faite à l'assuré de la part du responsable du dossier AI. Il n'est cependant pas exclu que l'employé concerné, en vertu du devoir général de renseignement découlant de l'art. 27 al. 1 LPGA, ait rendu le recourant attentif à la condition générale de l'année de cotisations (en l'absence d'une résidence en Suisse de 10 ans) posée par l'art. 6 al. 2 LAI. Un tel renseignement ne constitue pas pour autant une promesse d'octroi d'une prestation définie dans le cas particulier du recourant. Ce dernier n'allègue du reste pas avoir posé des questions concrètes à son conseiller à ce sujet. Enfin, même en admettant – ce qui n'est en rien établi – que l'employé de l'Office AI ait déclaré, qu'à son avis, le recourant aurait droit à des prestations AI, notamment des mesures d'ordre professionnel, s'il versait durant une année au moins des cotisations AVS/AI/APG, les conditions cumulatives ouvrant un droit à la protection de la bonne foi du recourant ne seraient pas non plus réunies. Il est d'abord douteux que le recourant puisse légitimement considérer qu'un tel renseignement oral, émanant d'un employé, soit apte à lier l'intimé. Surtout, le recourant ne peut invoquer avoir pris des dispositions irréversibles qu'il ne peut plus modifier ou rattraper sans subir un préjudice sur la base de la prétendue promesse de la personne en charge de son dossier AI. En effet, le recourant, du simple fait de son domicile en Suisse, n'avait pas à attendre le prétendu (faux)

renseignement de l'employé de l'Office AI pour être soumis à l'obligation de cotiser au titre de personne sans activité lucrative (art. 3 al. 1 et 10 LAVS et art. 2 LAI), rien n'indiquant que son épouse ait réalisé un revenu d'activité lucrative sur lequel au moins le double de la cotisation minimale ait été prélevé (art. 3 al. 3 LAVS). Quant à la situation financière difficile invoquée par le recourant, il apparaît également, et ainsi que cela figure dans les décisions de la Caisse de compensation du canton de Berne (chargée de procéder à l'encaissement des cotisations, dos. AI 30/3 et 4), que c'est la commune de domicile de l'assuré qui s'est acquittée des cotisations dues, en application de l'art. 11 al. 2 LAVS.

Partant, l'assuré ne peut pas non plus bénéficier de mesures d'ordre professionnel sur la base d'un droit déduit d'une prétendue violation de la protection de sa bonne foi.

9.

9.1 Le recours interjeté contre la décision du 31 juillet 2017 doit ainsi être rejeté.

9.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI). 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).

9.3 Le recourant a toutefois requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

9.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

9.3.2 Au vu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est manifestement remplie, le recourant bénéficiant de l'assistance des services sociaux de sa ville (ATF 128 I 225 c. 2.5.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). La requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, qui sont provisoirement supportés par le canton.

9.3.3 Le recourant doit toutefois être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272] par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- au 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).