

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1943/2010

ATAS/90/2011

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 24 janvier 2011**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Thônex

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Mme S\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1956, de nationalité afghane, mariée en 1975, mère de cinq filles, est entrée en Suisse en septembre 2004.
2. L'assurée n'a exercé aucune activité lucrative.
3. Son époux est titulaire d'une autorisation d'établissement C; il est entré en Suisse le 18 juin 1999 et exploite un tabacs-journaux à Genève depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008. Il a cotisé selon l'extrait de son compte individuel depuis juillet 2000.
4. Le 14 mars 2006, l'assurée a consulté en urgence l'Unité d'Accueil et d'Urgence psychiatrique (UAUP) des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) où un diagnostic de F32.10 (état dépressif moyen sans syndrome somatique) a été posé; elle a été adressée au Centre de santé migrant pour la reprise du suivi.
5. Du 19 avril au 7 mai 2007, l'assurée a séjourné à l'Unité hospitalière Sillons 1 des HUG en raison d'un syndrome de stress post-traumatique (F43.1) et d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). L'assurée se plaignait de ruminations anxieuses.
6. Du 9 au 15 mai 2007, l'assurée a été prise en charge au CTB de la Servette en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F.33.3) et un syndrome de stress post-traumatique (F43.1).
7. Le 28 juin 2008, l'assurée a consulté en urgence l'UAUP des HUG en raison d'hallucinations auditives et visuelles, laquelle a posé un diagnostic F33.2 (trouble dépressif récurrent) et F43.1 (syndrome de stress post-traumatique) et envoyé la patiente à Belle-Idée.
8. Du 28 juin au 18 juillet 2008, l'assurée a séjourné, en entrée non-volontaire, à l'Unité Seigle des HUG en raison de troubles de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25). Il est relevé que la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble dépasse largement la période habituelle et que l'événement traumatique n'était pas constamment remémoré ou revécu.
9. Le 12 mai 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une maladie psychologique existant depuis dix ans.
10. Du 26 août au 7 septembre 2009, l'assurée a séjourné l'Unité hospitalière Glycine 1 des HUG en raison d'un état dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et d'un syndrome de stress post-traumatique F43.1.

11. Le 14 septembre 2009, la Dresse A\_\_\_\_\_ cheffe de clinique au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, consultation des troubles liés au stress traumatique des HUG - a rendu un rapport médical AI.

Elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.2) existant depuis plus de dix ans. Elle suivait l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Antérieurement, le Dr B\_\_\_\_\_ avait effectué un suivi depuis le 5 mai 2008. Elle avait été hospitalisée à la Clinique de Belle-Idée à trois reprises en 2007 et 2008. L'assurée avait été agressée en Afghanistan et avait depuis lors présenté d'importants troubles de l'humeur et de la mémoire. Elle présentait une symptomatologie anxieuse et dépressive fluctuante. Les hospitalisations avaient été motivées par des périodes de recrudescence des symptômes avec éléments psychotiques et risque auto-agressif.

12. Le 16 novembre 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) a rendu un avis médical selon lequel l'aspect psychiatrique nécessitait une instruction complémentaire.
13. Le 10 février 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_ du Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des HUG a rempli un rapport médical AI attestant que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié, que l'assurée présentait une perte de l'élan vital, de l'estime de soi, un manque d'envie et une anxiété généralisée, que l'incapacité de travail était totale et qu'elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique et d'un traitement médicamenteux.
14. Le 3 mars 2010, la Dresse E\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical selon lequel l'assurée présentait une atteinte psychiatrique sévère sans amélioration notable malgré un suivi régulier et un traitement optimal entraînant une incapacité de travail totale dès 1999.
15. Par projet de décision du 12 mars 2010, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de l'assurée au motif qu'elle présentait une incapacité de travail totale avant son entrée en Suisse de sorte qu'elle ne remplissait pas la condition d'une année de cotisations en Suisse.
16. Le 22 mars 2010, l'assurée a écrit à l'OAI que depuis son arrivée son époux avait cotisé à l'AVS et que son incapacité de travail était postérieure à son arrivée en Suisse.
17. Par décision du 17 mai 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision.
18. Le 4 juin 2010, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision du 17 mai 2010 en faisant valoir que son époux avait cotisé dès 2000 à l'AVS et que son incapacité de travail était survenue postérieurement à son arrivée en Suisse.

19. Le 22 juin 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le Dr A\_\_\_\_\_ avait attesté que le trouble dépressif récurrent évoluait depuis 1999 de sorte qu'elle ne comptait pas une année de cotisation à cette date.
20. Le 20 septembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a requis des renseignements complémentaires auprès de la Dresse A\_\_\_\_\_ et de la Dresse D\_\_\_\_\_.
21. Le 28 octobre 2010, la Dresse A\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'était plus le médecin en charge de la patiente depuis le 30 septembre 2009 et qu'il fallait s'adresser à la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin psychiatre en charge des patients du programme santé migrants.
22. Le 14 décembre 2010, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'avait jamais rencontré l'assurée, laquelle avait été vue en consultation par le programme santé migrants la dernière fois en août 2010.
23. Le 14 janvier 2011, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait consulté aux HUG pour des problèmes psychiatriques en juin 2005, qu'elle ne pouvait se prononcer sur une invalidité de l'assurée avant l'arrivée en Suisse car la patiente n'avait pas d'emploi, que celle-ci avait un parcours de vie difficile et qu'après quatre séjours en milieu psychiatrique spécialisé son état s'était stabilisé depuis fin 2009.
24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a) Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

- b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230

consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré que l'assurée était déjà invalide à son arrivée en Suisse en septembre 2004 de telle sorte que les conditions du droit à la rente ne seraient pas remplies. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ne peuvent être prises en considération dans le présent litige, que pour les faits pertinents postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le Tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.  
  
b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 12 mars 2010, qui a été confirmé par la décision du 17 mai 2010, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales le 4 juin 2010.  
  
c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
4. a) Selon l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit s'il est invalide à 40 % au moins à un quart de rente, à 50 % au moins à une demie rente, à 60 % au moins à un trois quarts de rente et à 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b). Selon l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28 al. 2bis LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004 et 28a al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. a) Selon l'art. 6 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 étant réservé (al. 1<sup>er</sup>). Lorsqu'une convention de sécurité sociale conclue par la Suisse prévoit que les prestations ne sont à la charge que de l'un des Etats contractants, il n'y a pas de droit à la rente d'invalidité si la législation de l'autre Etat accorde un tel droit du fait de la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays par les ressortissants suisses ou ceux de l'Etat contractant (al. 1bis). Les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) 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 (al. 2 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003).

D'après l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, lequel est applicable tant pour les suisses que pour les étrangers, le droit aux rentes ordinaires appartient aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année

entière au moins de cotisations. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, cet article prévoit une exigence de trois années de cotisations.

b) 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.

8. En l'espèce, l'intimé a estimé que les éléments médicaux et économiques au dossier démontreraient que l'atteinte à la santé limitant totalement la capacité de travail de la recourante était antérieure à l'entrée en Suisse de celle-ci de sorte que la condition de la durée de cotisation nécessaire pour ouvrir le droit à des prestations n'était pas remplie.

Les avis médicaux figurant au dossier démontrent que la recourante a été agressée dans les années 1990 en Afghanistan, qu'elle souffre depuis au moins 1999 d'un trouble dépressif récurrent (F33.2), que des épisodes de recrudescence des symptômes avec éléments psychotiques ont nécessité des hospitalisations en raison d'un risque auto-agressif en 2007 et 2008, qu'elle bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier depuis le 5 mai 2008 et que le suivi régulier devrait être maintenu pour éviter une nouvelle décompensation (rapport de la Dresse A\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2009), que l'incapacité de travail est totale (avis de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 10 février 2010), qu'elle avait consulté les HUG pour des problèmes psychiatriques la première fois en juin 2005 et qu'après quatre séjours en milieu psychiatrique elle était stabilisée, depuis juin 2009 (avis de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2011).

Il ressort de ces avis médicaux le fait que la recourante a développé une symptomatologie psychique à la suite d'une agression en Afghanistan dans les années 1990, qu'elle est arrivée en Suisse en septembre 2004, qu'elle a consulté les HUG pour la première fois en juin 2005 et qu'elle a subi trois décompensations ayant entraîné une hospitalisation en milieu psychiatrique en avril-mai 2007, juin-juillet 2008 et août-septembre 2009.

Il est ainsi possible, au vu de la description du parcours médical de la recourante, que la maladie psychique dont elle souffre, bien que présente avant l'entrée en Suisse de celle-ci en septembre 2004, ait entraîné une incapacité de gain ou une incapacité à effectuer les tâches ménagères postérieurement à septembre 2004 par exemple lors de la première décompensation de la recourante en avril 2007.

Dans ces conditions la décision litigieuse ne saurait être confirmée et une instruction complémentaire par le biais d'une expertise psychiatrique indépendante

du SMR est nécessaire de sorte que le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

9. a) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

b) Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBER DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 17 mai 2010.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Met un émolument de 200 fr. 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

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le