

GE_GERICHTE ATAS/610/2021 vom 15. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_610_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/610/2021 du 15 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/610/2021 del 15 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestations, plus particulièrement si l'invalidité est survenue antérieurement au 16 septembre 2011, soit une année après l'arrivée du recourant en Suisse.

E. 5

a. En vertu de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité, 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. Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. b. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de

règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la durée minimale de cotisation lors de la survenance de l'invalidité, il y a lieu d'appliquer celle de trois ans pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la survenance de l'invalidité est intervenue à compter du 1er janvier 2008, et celle d'un an pour les

A/3996/2018 - 10/21 - nouvelles rentes d'invalidité déduites d'une survenance d'invalidité antérieure à cette date-ci (ATAS/786/2016 du 4 octobre 2016 consid. 2c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 6 ; ch. 3003 de la Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL] ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1231). Pour les ressortissants suisses et ceux des États de l'UE et de l'AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège), l'examen de la durée minimale de cotisation dans l'AI peut impliquer la prise en compte des périodes de cotisations accomplies dans l'un ou plusieurs de ces États. Il faut commencer par vérifier si la durée minimale de cotisation de trois ans est remplie au moyen des périodes d'assurance suisses (la durée de trois années entières étant réputée remplie si la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux ans et onze mois) ; si cette durée minimale n'est pas remplie au moyen des périodes d'assurance suisses, il faut tenir compte des périodes de cotisations accomplies dans les États de l'UE ou de l'AELE, mais il faut que la durée de cotisation en Suisse soit au moins d'une année pour qu'une rente ordinaire d'invalidité puisse être octroyée (ch. 3005 CIBIL). La condition de la durée minimale de cotisation ouvrant droit à la rente doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité (ch. 3004 CIBIL). Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). 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. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'intéressé ; il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et il ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance (ATF 126 V 157 consid. 3a ; ATF 118 V 79 consid. 3a et les références ; ATF 103 V 130 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1232). La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est ainsi réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n. 1028).

E. 6

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si

A/3996/2018 - 11/21 - celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 7

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins, mais 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 LPGGA. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

a. 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 (ATF 126 V 59 consid. 2b et références y citées). b. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 59 consid. 2b et références y citées). c. Le principe 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 nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2). Selon une jurisprudence constante, une aggravation de l'état de santé ne justifie pas en principe un nouveau cas d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2). Toutefois, si les causes de l'invalidité sont matériellement

A/3996/2018 - 12/21 - différentes, un nouvel événement assuré survient (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.2 et 9C_592/2015, déjà cité, consid. 3.2). La jurisprudence a également admis qu'un nouveau cas d'assurance pouvait survenir même si une première atteinte à la santé était toujours présente et causait une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaissait (cf. arrêt du Tribunal

fédéral 9C_697/2015, déjà cité, consid. 5). En revanche, la jurisprudence a nié l'existence d'un nouveau cas d'assurance en présence de l'aggravation d'une atteinte partiellement invalidante à la santé survenue alors que la personne intéressée ne remplissait pas les conditions d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2 et 8C_93/2017, déjà cité, consid. 4.3.3), en cas de reprise d'une activité lucrative pendant trois ans environ avec absences fréquentes en raison de maladie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3.2) ou lorsqu'un assuré n'a jamais réellement pu se réinsérer dans la vie professionnelle, car sa maladie (asthme) se décompensait à chaque fois qu'il débutait une activité (cf. ATF 126 V 5 consid. 2c). À l'arrêt 9C_692/2018 (déjà cité), le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée. En revanche, dans le cas d'espèce, il a confirmé que la récupération d'une capacité totale de travail pendant une période de trois ans et dix mois après deux ans d'incapacité partielle due à des troubles psychiques entraînait une interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance. d. Selon la CIIAI dans sa version valable depuis le 1er janvier 2018, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé (ch. 1028). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance (ch. 1028.1). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par exemple lors d'une demande tardive (ch. 1034).

E. 9

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/3996/2018 - 13/21 - a. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58

A/3996/2018 - 14/21 - consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). d. 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). e. Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f). f. Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 10

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

A/3996/2018 - 15/21 - envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 11

a. En l'espèce, à teneur de son permis de séjour, le recourant est arrivé en Suisse le

E. 16

novembre 2012. Enfin, dans son avis du 19 juillet 2018, le SMR a considéré, sur la base du rapport de la Dresse J_____, que le début de l'incapacité de travail remontait à 2009 en raison de la pathologie cardiaque, que la pathologie psychiatrique était déjà incapacitante en 2013 et que l'hypothèse émise (par la Dresse L_____) de sa présence depuis l'âge de 29 ans (en 1999) était cohérente avec ce type de pathologie. Dans son avis du 15 octobre 2018, il a précisé que la schizophrénie était durablement et totalement incapacitante au vu des difficultés avec la réalité et des difficultés interpersonnelles qui en résultent. Toutefois, le SMR n'a pas non plus précisé quel était le taux de l'incapacité de travail en 2009 due à la pathologie

A/3996/2018 - 17/21 - cardiaque, ni quelle a été l'évolution de cette incapacité de travail jusqu'à la date de la décision. d. Dans l'ordonnance d'expertise du 11 janvier 2021 (ATAS/7/2021), la chambre de céans a relevé que les nouveaux documents apportés par l'intimé, en particulier le rapport du 21 février 2018 de la Dresse J_____, semblaient confirmer l'existence d'une incapacité de travail importante déjà lors du début de son suivi le 1er novembre 2013. Toutefois, la Dresse J_____ n'avait pas précisé quel était le taux de l'incapacité de travail en lien avec ledit trouble depuis cette date jusqu'à la péjoration existant depuis mai 2014, ni à quelle date l'incapacité de travail avait débuté (estimant que le début de ses troubles psychiques est « non datable »), et quelle avait été son évolution. Quant à l'avis du SMR du 19 juillet 2018, la chambre de céans a relevé que son appréciation de la capacité de travail concernant l'affection psychique était basée sur une

simple hypothèse, qui était au demeurant démentie par les emplois occupés par le recourant de mai 1999 à octobre 2008. Par ailleurs, le SMR ne s'était pas davantage prononcé sur le caractère incapacitant des troubles neurologiques avant l'intervention de février 2012, ni sur l'évolution de la capacité de travail en lien avec ces troubles jusqu'à la date de la décision. Ainsi, en l'absence des précisions requises dans l'arrêt de renvoi du 6 juin 2017 sur le taux de l'incapacité de travail, le début de celle-ci et son évolution concernant chacune des pathologies cardiaque, psychiatrique et neurologique, la chambre de céans a considéré qu'elle n'était toujours pas en mesure de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Afin d'éviter un retard supplémentaire dans la mise en œuvre d'une expertise, étant précisé que la demande de prestations datait du 11 décembre 2013, la chambre de céans avait, dans un premier temps, considéré qu'il convenait d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire, ce qu'elle a fait par ordonnance du 19 décembre 2019 (ATAS/1190/2019). Le recourant ne s'est toutefois pas présenté aux différentes convocations au centre d'expertise à Neuchâtel, ni rempli les documents requis par ledit centre. Compte tenu des difficultés du recourant pour se déplacer à Neuchâtel et de son état de santé actuel, en particulier sur le plan psychique, la chambre de céans a considéré qu'une telle mesure, laquelle impliquait plusieurs déplacements hors du canton, ne se justifiait plus. Cette appréciation était du reste partagée par les parties à la procédure. En pareille situation, la chambre de céans a considéré qu'il y avait lieu d'annuler l'ordonnance du 19 décembre 2019 et d'ordonner une expertise psychiatrique, cas échéant sur dossier, afin de déterminer depuis quand durait l'incapacité de travail due à l'atteinte psychique et quelle avait été son évolution. e. Après avoir confié la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique à deux experts successifs spécialistes en psychiatrie, lesquels ont fini par renoncer à leur mandat, la chambre de céans a mandaté le Dr O_____. Dans son rapport du 18 février 2021, l'expert judiciaire a retenu le diagnostic de trouble schizoaffectif, type bipolaire, continu (F25.0), de degré grave, associé à des troubles psychotiques sous forme d'un délire de persécution ainsi que d'hallucinations acoustiques et visuelles

A/3996/2018 - 18/21 - qui impactent fortement le fonctionnement global de l'assuré dans tous les domaines de la vie. Ce trouble empêche toute capacité de travail dans une activité, habituelle ou adaptée, depuis au moins mai 2008, à la suite de la perte du dernier emploi lucratif en France. Dans tous les cas, elle est antérieure à l'arrivée déclarée en Suisse. Cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse détaillée, des extraits des rapports médicaux, le résultat des investigations, un diagnostic clair et une critique étayée des appréciations des différents médecins ayant examiné l'intéressé. L'expert a pris contact avec les curateurs ancien et actuel du recourant, ses médecins traitants anciens et actuels, ainsi que les médecins ayant examiné l'assuré. Il a recueilli plusieurs expertises, rapports médicaux, ainsi que des rapports du service de médecine de premier recours datant de 2010 qui ne figuraient pas au dossier. Tenant compte de toutes ces informations, il a pu apporter des conclusions précises et bien motivées. f. Les critiques émises par le recourant à l'encontre de l'expertise judiciaire ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de celle-ci. Le recourant critique en premier lieu l'absence d'examen clinique par l'expert judiciaire. Or, du propre aveu de son mandataire, le recourant était difficilement atteignable (cf. écriture du recourant du 31 mars 2021 n. 24). Il ne s'est d'ailleurs pas présenté aux différentes convocations du centre d'expertise à Neuchâtel dans le cadre de la première expertise pluridisciplinaire ordonnée par la chambre de céans le 19 décembre 2019. Il n'a pas non plus rempli les formulaires requis par ledit centre. L'intéressé présente en outre des

risques hétéro-agressifs ayant conduit l'intimé à s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Par ailleurs, dans le cadre de son mandat, le Dr O_____ s'est fondé sur les expertises récentes du Dr S_____ des 28 mai 2018, 23 septembre 2019 et 9 décembre 2020, ainsi que sur celle du Dr R_____ du 29 mai 2017, qui ont été rendues à la suite d'entretiens avec l'assuré et sans qu'une modification essentielle de sa situation médicale soit intervenue depuis. Or, dans ces conditions et au vu de la jurisprudence précitée, une expertise psychiatrique sur dossier est exceptionnellement admissible. Au demeurant, la chambre de céans ne voit pas quels éléments pourraient apporter un examen clinique pour l'appréciation du cas du recourant, en particulier s'agissant de la survenance de son invalidité. Il n'est en effet pas contesté qu'en l'état actuel, et depuis déjà plusieurs années (d'après le recourant depuis 2014 et d'après l'intimé depuis avant 2010), le recourant présente une invalidité entière. Ensuite, en tant qu'il reproche à l'expert judiciaire d'avoir rendu son rapport sur la base d'un dossier lacunaire, soit en l'absence de l'expertise des Drs T_____ et S_____ du 28 mai 2018, son grief doit être rejeté. Il ressort au contraire de l'expertise judiciaire que le rapport de ces deux experts du 28 mai 2018 a été résumé par le Dr O_____ (cf. expertise judiciaire, p. 22) et qu'il s'y réfère dans ses précisions diagnostiques (cf. expertise judiciaire, p. 48), en particulier s'agissant

A/3996/2018 - 19/21 - de la baisse de thymie. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise des Drs T_____ et S_____ du 28 mai 2018 ne permet pas de retenir que son incapacité durable de travail date de 2014. L'épisode du 16 juillet 2014 est certes l'antécédent médical le plus ancien mentionné par les experts dans leur rapport du 28 mai 2018. On précisera néanmoins que, dans son expertise du 9 décembre 2020, le Dr S_____ a tout de même retenu qu'il était probable, à la lecture de l'anamnèse de l'expertisé, que celui-ci ait commencé à souffrir de troubles psychiques bien antérieurement à sa venue en Suisse (expertise du 9 décembre 2020, p. 4). Quoi qu'il en soit, il n'est pas inutile de relever que la mission des experts consistait, dans le cadre d'une procédure pénale, à décrire l'état physique et mental du recourant, en particulier à déterminer sa capacité à apprécier le caractère illicite de ses actes. Il n'était pas demandé aux experts de déterminer la date de survenance de son invalidité. Or, sur ce point, le Dr O_____ a expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles l'incapacité de travail de l'assuré était entière bien avant 2014. Il a relevé que l'état psychique mentionné dans les rapports médicaux datant de 2010 n'était pas compatible avec une capacité de travail dans l'économie du marché. Depuis avril 2010, il y avait des constatations objectives par des médecins relevant de troubles psychotiques paranoïdes (cf. feuille de synthèse de la Dresse P_____ du 23 juin 2010 ; rapports de la Dresse P_____ des 8 avril 2010 et 20 octobre 2010 et du Dr Q_____ du 22 septembre 2010). D'après l'expert, de tels troubles, caractérisés par la présence d'un délire et d'hallucinations, étaient fortement incapacitants pour toute activité lucrative au contact avec autrui. Il était peu probable que ces troubles soient compatibles avec une activité durable. L'expert a retenu que les premiers symptômes psychiques majeurs auraient commencé en 2005, comme cela ressortait de l'expertise du Dr S_____ du 9 décembre 2020, étant précisé que, déjà à l'âge de 29 ans (soit en 1999) l'assuré avait rencontré des limitations fonctionnelles psychiques importantes. La précarité depuis 2005 renforçait l'impression que la décompensation psychique majeure datait au moins depuis cette période. Depuis 2005, la baisse de capacité de travail du recourant avait induit des limitations fonctionnelles ayant restreint le spectre des activités possibles, d'abord à une activité nocturne avec un minimum de contacts sociaux, puis à des emplois précaires, ou dans un cadre protégé. La seule activité déclarée en Suisse en tant qu'agent de

sécurité n'avait duré que treize semaines. Prenant en compte les deux périodes de travail lucratif depuis 2005, le recourant n'avait travaillé que cinq mois en l'espace de cinq ans. L'arrivée peu motivée en 2008 en Suisse, pays avec lequel l'assuré n'avait aucun lien ni perspective, avec comme but de survie en tant que sans domicile fixe, constituait un acte de désespoir, soit une fugue pathologique. Les circonstances de la venue en Suisse en 2008 orientaient fortement vers une atteinte psychiatrique morbide. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'expert a retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail durable du recourant datait depuis au moins le mois de mai 2008, à la suite de son dernier emploi lucratif en France, voire même depuis

A/3996/2018 - 20/21 - 2005. Une telle analyse est convaincante et ne saurait être remise en cause, pour les motifs déjà évoqués, par le seul fait que l'intéressé a travaillé en 2010 en qualité d'agent de sécurité durant treize semaines, étant précisé que selon le Dr S_____ la perte de son travail était due à sa pathologie psychique (cf. expertise du Dr S_____ du 9 décembre 2020, p. 4). Au demeurant, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. écriture du recourant du 11 mai 2021), le Dr O_____ a tenu compte des rapports médicaux des Drs J_____, L_____ et C_____, dont les avis ont été résumés et appréciés. Il a du reste rejoint l'avis du Dr C_____, selon lequel le recourant présente un trouble psychotique de longue date, ses premières idées de type persécution ayant été présentes au début de son âge adulte. Si l'expert s'écarte de l'avis du Dr C_____ s'agissant d'une péjoration de l'état de santé psychique du recourant en 2014, il en a dûment expliqué les raisons, comme on l'a vu. L'avis de l'expert rejoint également celui de la Dresse L_____, sur lequel s'est fondé l'intimé pour refuser le droit aux prestations, selon laquelle le discours de l'assuré avec des idées délirantes date depuis au moins 2010. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire, laquelle est probante, doivent être suivies, de sorte qu'il convient de retenir que l'incapacité de travail durable du recourant date depuis au moins le mois de mai 2008. Partant, lors de la survenance de l'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, le recourant ne pouvait justifier d'une durée de cotisation d'une année. Au demeurant, dans la mesure où l'incapacité de travail était totale avant l'arrivée du recourant en Suisse, sans que le recourant n'ait recouvré une capacité de travail, même partielle, depuis, point n'est besoin d'examiner depuis quand date l'incapacité de travail en raison de la pathologie cardiaque et des troubles neurologiques. La décision de l'intimé, en tant qu'elle refuse au recourant tout droit à une rente d'invalidité, est dès lors bien fondée. 12. Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). * * * * *

A/3996/2018 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.