

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2794/2018

ATAS/741/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 août 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-
DORET

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, divorcé et père de deux enfants mineurs, a déposé le 7 septembre 2015 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans le formulaire de « demande de prestations AI pour adultes », l'assuré a précisé ne pas avoir de médecin traitant.
2. L'assuré s'est vu accorder des prestations par l'Hospice général dès le 1^{er} novembre 2016. Le 9 novembre 2016, l'Hospice général a indiqué avoir adressé l'assuré, qui tenait un discours incohérent et n'était pas suivi médicalement, chez son psychiatre-conseil. L'intéressé disait être sans formation et n'avoir jamais travaillé.
3. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2016, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et médecin-conseil de l'Hospice général, a conclu que l'assuré était incapable de travailler et n'était pas conscient de son trouble psychique. Le médecin avait constaté des bizarreries du comportement, des troubles relationnels « graves et persistants », un discours incohérent et une agitation.
4. Le 27 janvier 2017, l'OAI a reçu un rapport daté du 2 août 2016, établi par les docteurs C_____ et D_____, du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). L'assuré disait avoir subi ces dernières années d'importantes violences physiques au niveau de la tête, du dos, du ventre et des jambes. Le reste de son discours était incohérent. Une imagerie par résonance magnétique avait montré un canal lombaire étroit au niveau L4-L5 (type Schizas B), une protrusion discale et un léger épaissement du ligament jaune. Cependant, la douleur chronique dont se plaignait l'assuré dans le bas du dos n'était pas associée au canal lombaire étroit. Les médecins ne préconisaient aucun traitement.
5. Dans un rapport du 7 février 2017, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil de l'Hospice général, a conclu, lui aussi, que l'assuré était incapable de travailler.
6. Dans une note relative au statut datée du 16 février 2017, le gestionnaire de l'assurance-invalidité a rappelé que l'assuré n'avait jamais travaillé et s'était occupé de ses enfants, tandis que son épouse exerçait une activité lucrative. L'assuré était divorcé depuis le mois d'avril 2016 et s'était vu accorder des prestations d'aide sociale. Le gestionnaire préconisait de retenir un statut de ménager jusqu'au divorce, en avril 2016, puis un statut d'actif, considérant qu'en bonne santé, l'assuré aurait dû reprendre une activité lucrative pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants.
7. Du 20 mars au 3 avril 2017, l'assuré a été hospitalisé au département de psychiatrie des HUG (clinique de Belle-Idée). Selon la lettre de sortie des HUG, lui ont été diagnostiqués un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (F 31.2) et des troubles mentaux liés à l'utilisation de

dérivés du cannabis (F 12.8). Les médecins ont exposé que, le 19 mars 2017, l'assuré s'était rendu au consulat d'Algérie pour « porter plainte contre ses voisins ». Sa demande n'ayant pas abouti, il était rentré chez lui en insultant ses voisins, qui avaient alors appelé la police. Les policiers l'avaient amené aux urgences, où les médecins avaient relevé une pensée désorganisée, une importante accélération psychomotrice, des propos délirants, logorrhéiques, des « coq-à-l'âne » et une totale anosognosie. Un placement à des fins d'assistance avait été décidé, confirmé par le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant puis la Cour de justice, mais la libération de l'assuré avait été ordonnée le 3 avril 2017. La médication avait permis le retour à une activité psychomotrice pratiquement normale. Une fois sorti de l'hôpital, l'assuré devait être suivi par le Centre ambulatoire de psychiatrie intégrée.

8. L'OAI a diligenté une expertise auprès de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle s'est entretenue avec l'assuré les 16 octobre et 21 novembre 2017. Dans son rapport, l'experte a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble délirant persistant (F 22). Elle a également diagnostiqué, sans incidence sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis (F 12.24), utilisation active, ainsi que des troubles mixtes de la personnalité (F 61.0), caractérisés par des traits antisociaux, paranoïaques et une personnalité émotionnellement labile de type impulsif. L'histoire de l'assuré, qui accusait le système de maltraitance contre ses enfants et lui-même, était confuse. L'intéressé se considérait souvent comme une victime et fonctionnait sur un mécanisme persécutoire. Il disait avoir fugué à l'âge de deux ans, puis avoir quitté l'école à l'âge de cinq ans pour aller travailler à l'Agence nationale pour l'emploi (sic). Il n'avait plus de rapports avec sa mère et sa fratrie depuis dix ans, tandis que son père était décédé. Sous tutelle depuis 2015, il s'était séparé de son ex-épouse en février 2015, avait déposé sa demande de prestations AI en septembre 2015, puis divorcé en avril 2016. Il bénéficiait de prestations d'aide sociale depuis novembre 2016. Dans le cadre d'une évaluation neurochirurgicale, en août 2016, les médecins des HUG avaient relevé chez lui un discours incohérent. En décembre 2016, le psychiatre de l'Hospice général avait constaté des « bizarreries du comportement [ainsi que] des troubles relationnels graves et persistants ». En mars-avril 2017, l'assuré avait été interné de force à Belle-Idée, à la suite d'une altercation avec des policiers, qu'il accusait d'avoir frappé son fils. Il avait vécu cette hospitalisation comme une injustice, pour laquelle il demandait réparation. L'assuré disait également avoir été victime de torture depuis son enfance et estimait devoir être indemnisé. Sans formation, sous tutelle et tributaire de l'aide sociale, l'assuré n'avait jamais travaillé et ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique. Dans son appréciation, l'experte a expliqué qu'elle avait évalué l'assuré à deux reprises. L'assuré adhérait totalement à son récit et jugeait toutes ses explications fondées, sans aucune place pour le doute ou le hasard. Des tentatives de le remettre dans une réalité objective, en évoquant par exemple la législation sur le travail des mineurs ou ses tentatives de fugue à l'âge de deux ans, ne pouvaient

pas s'imbriquer dans son récit. La pensée prédominante était un sentiment d'injustice et de maltraitance dans l'enfance, avec des idées de persécution, l'assuré considérant avoir toujours été maltraité, que ce soit par les forces de l'ordre, l'Agence nationale pour l'emploi ou la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS). Adhérant de façon inébranlable à une réalité imaginaire, l'assuré était confiné dans un délire structuré autour d'une thématique persécutoire, avec un mécanisme interprétatif. La restitution du parcours de vie était empreinte de contradictions, l'assuré se décrivant tantôt aimé, tantôt abandonné. L'experte retenait le diagnostic de trouble délirant persistant, relevant cependant que l'intéressé avait consommé jusqu'à vingt joints par jour, de sorte qu'il était difficile de déterminer si le trouble avait été induit par sa consommation de cannabis. Par ailleurs, elle diagnostiquait des troubles mixtes de la personnalité avec des traits antisociaux, paranoïaques et une personnalité émotionnellement labile de type impulsif, précisant que l'assuré disait avoir commis en France des vols et des braquages. Anosognosique, dépourvu de ressources et inaccessible à un traitement, l'intéressé était totalement incapable de travailler. Au terme de son expertise, l'experte a conclu que « [l']incapacité de travail [...] est valable depuis les consultations auprès du médecin-conseil de l'Hospice général. Très certainement depuis plus longtemps ».

9. Dans un rapport du 1^{er} mars 2018, la doctoresse G_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que l'assuré présentait une symptomatologie psychiatrique floride, probablement ancienne, mais objectivée par le Dr B_____ le 1^{er} décembre 2016. En mars 2017, l'intéressé avait été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée, puis en octobre 2017, il avait été expertisé par la Dresse F_____, laquelle lui avait notamment diagnostiqué un trouble délirant persistant. Sous l'angle somatique, il présentait des lombalgies et un canal lombaire étroit L4-L5, pour lequel aucune opération n'avait été préconisée. Dans ce contexte, la Dresse G_____ estimait qu'aucune capacité de travail ne pouvait être actuellement retenue, mais que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il prenne un traitement neuroleptique. Sa capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} décembre 2016.
10. Par décision du 20 juin 2018, confirmant un préavis du 26 mars 2018, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2017, à l'issue d'un délai de carence d'un an dès le 1^{er} décembre 2016, date correspondant au début de l'incapacité de travail.
11. Par acte du 21 août 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 20 juin 2018 en tant qu'elle fixait le début du droit à la rente au 1^{er} décembre 2017 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2017.
À son sens, son invalidité était largement antérieure au dépôt de sa demande de prestations, en septembre 2015. Comme le droit à la rente d'invalidité naissait, selon la loi, au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, il estimait pouvoir

prétendre à une rente six mois après sa demande de rente, c'est-à-dire dès le 1^{er} mars 2017 (recte : 2016).

12. Dans sa réponse du 13 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sur la base de l'expertise réalisée par la Dresse F_____, le SMR avait retenu que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le mois de décembre 2016. La décision attaquée, qui lui accordait une rente entière d'invalidité dès le mois de décembre 2017, ne prêtait pas le flanc à la critique, vu la date du dépôt de la demande et celle correspondant, selon le SMR, au début de l'incapacité de travail.
13. Le recourant a répliqué le 10 décembre 2018, persistant dans ses conclusions. Il ressortait de l'expertise que sa maladie et son invalidité étaient largement antérieures au mois de décembre 2016. En particulier, l'experte F_____ avait mentionné que si l'incapacité de travail avait été constatée en décembre 2016 par le médecin-conseil de l'Hospice général, elle était « très vraisemblablement existante depuis plus longtemps ». De surcroît, l'experte avait précisé dans son anamnèse qu'il était sous tutelle depuis 2015, qu'il était malade depuis des années, vraisemblablement depuis son plus jeune âge, et qu'il souffrait d'un isolement familial complet depuis plus de dix ans. Il en tirait la conclusion qu'il était devenu totalement invalide, au plus tard depuis le dépôt de sa demande, en septembre 2015. Il requérait « en tant que besoin » un complément d'expertise et l'audition de la Dresse F_____.
14. Par pli du 25 avril 2019, le recourant a spontanément indiqué à la chambre de céans qu'il n'était d'accord « ni [...] avec les montants, ni avec les raisons de [l']AI ».
15. Le 24 mai 2019, la chambre de céans a transmis diverses pièces du dossier à l'experte F_____ – dont le recours – et lui a demandé s'il lui paraissait possible de dater l'incapacité de travail antérieurement au 1^{er} décembre 2016.
16. L'experte a répondu à la chambre de céans par un courrier daté du 11 juin 2019, dont la teneur était la suivante : « j'accuse réception de votre courrier daté du 24 mai 2019 et pour lequel je prends le temps nécessaire pour répondre de façon totale et adéquate. En effet, dans mon expertise du 28 février 2018 concernant [l'assuré], j'ai bien prononcé une incapacité totale de 100% depuis le mois de décembre 2016. Cette date fait référence à l'évaluation demandée par l'Hospice général et effectuée par le Dr B_____. Dans mes conclusions, j'apporte la notion de "très certainement existante depuis plus longtemps". En effet, dans la littérature, le début du trouble délirant peut commencer à l'âge de 18 ans et en moyenne autour des 35-45 ans. On voit bien que [l'assuré] porte la pathologie délirante de façon chronique, mais il n'y a aucun écrit permettant, de façon objective, de poser une date avant décembre 2016. C'est pour cette raison que je me suis appuyée sur le rapport du médecin-conseil, le Dr B_____, [de] décembre 2016 [...] ».
17. Le 25 juin 2019, le recourant a transmis à la chambre de céans ses observations sur la réponse de l'experte. L'experte n'avait pas répondu à la question de savoir s'il présentait une incapacité de travail antérieurement au mois de décembre 2016 et à

tout le moins depuis septembre 2015, mois au cours duquel il avait déposé sa demande. Il ne se justifiait pas de fixer le début de l'incapacité de travail en décembre 2016 pour le seul motif que le médecin-conseil de l'Hospice général avait « fortuitement » effectué un constat médical, mais de prendre en considération le dépôt de sa demande de prestations en septembre 2015, le fait qu'il était sous tutelle depuis 2015, la survenance de sa pathologie – de son point de vue antérieure à l'année 2016 – et l'évolution habituelle de celle-ci, son isolement social depuis plus de dix ans ainsi que son parcours de vie chaotique. Souffrant d'anosognosie, il n'avait bénéficié d'aucun suivi médical, notamment sur le plan psychiatrique. Pour autant, cela ne dispensait pas l'expert de dater correctement le début de son incapacité de travail et de recueillir tous les éléments pertinents, notamment anamnésiques. À son sens, l'experte aurait plus particulièrement dû interroger ses proches et son ex-épouse. Il persistait dans ses conclusions, notamment celles tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il requérait par ailleurs l'apport de son dossier de tutelle.

18. Le 26 juin 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours.
19. Les 27 juin et 1^{er} juillet 2019, le recourant a déposé au greffe de la chambre de céans diverses pièces, sans lien avec la présente cause.
20. Sur demande, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant du canton de Genève a indiqué à la chambre de céans, par courrier du 4 juillet 2019, qu'il n'avait prononcé aucune mesure de protection à l'égard du recourant. En revanche, il avait été saisi, en mars 2017, d'un recours contre une décision de placement à des fins d'assistance. Une curatelle avait été envisagée, mais il y avait finalement été renoncé, conformément à une ordonnance rendue le 15 janvier 2018. Si le mandataire du recourant souhaitait obtenir une copie du dossier, il lui était loisible de prendre contact avec le greffe de la juridiction.
21. Une copie de ce courrier a été transmise aux parties, puis la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al.

4 let.b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'occurrence, il est incontesté que le recourant souffre d'une importante atteinte à la santé psychique, qui l'empêche d'exercer une activité lucrative et lui donne droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Au vu des conclusions du recours et de sa motivation, est seul litigieux le moment de la naissance du droit à la rente.

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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 ou mentale (art. 6, 1^{ère} phrase LPGA).

Pour établir rétrospectivement quand le délai d'attente (période de 360 jours) a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel l'assuré a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20% suffit en principe à ouvrir la période d'attente (ATF 96 V 34 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 934/06 du 13 avril 2007 consid. 5).

6. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, 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 dix-huitième anniversaire de l'assuré.
7. 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 ou mentale 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 celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

8. 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 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimée par le médecin ne peut être admis qu'à titre exceptionnel. Tel est le cas, notamment, lorsque l'assurée est dans l'incapacité totale de travailler (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 22/05 du 6 juin 2006 consid. 4.3.2 et I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 ; 115 V 133, consid. 2).

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. 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 convient 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 soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

10. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPG). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; 128 III 411 consid. 3.2 ; 130 I 184 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3).

11. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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).

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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – 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 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En l'occurrence, l'intimé a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2017, à l'issue d'un délai de carence d'un an dès le 1^{er} décembre 2016, date correspondant au début de l'incapacité de travail, selon l'experte F_____ et le SMR.

Dans son recours, l'assuré infère de l'expertise réalisée par la Dresse F_____ que son incapacité de travail existait déjà avant le mois de décembre 2016, de sorte que la rente d'invalidité aurait dû lui être octroyée avant le mois de décembre 2017. Il affirme notamment qu'il était déjà incapable de travailler lorsqu'il a déposé sa demande de prestations, en septembre 2015. À l'appui de sa thèse, il se réfère à l'anamnèse de l'expertise – dont il cite certains extraits – et à la conclusion de l'experte, selon laquelle l'incapacité de travail est valable « depuis les consultations auprès du médecin-conseil de l'Hospice général. Très certainement existante depuis plus longtemps ». Il requiert diverses mesures d'instruction, notamment l'audition de l'experte F_____, un complément d'expertise et la production de son dossier de « tutelle ».

13. À titre préalable, il convient de rappeler ce qui suit.

Il ressort du dossier qu'à l'époque où il a déposé sa demande, en septembre 2015, l'assuré n'était suivi par aucun médecin. En raison de cette absence de suivi médical et de propos incohérent, l'Hospice général l'a fait examiner par son psychiatre-conseil, le Dr B_____. C'est ce médecin qui a conclu en premier lieu, dans un rapport du 1^{er} décembre 2016, à une incapacité de travail résultant de troubles psychiques. Ce psychiatre a indiqué avoir constaté chez l'assuré des bizarreries du comportement, des troubles relationnels « graves et persistants », un

discours incohérent et une agitation, tout en précisant que l'intéressé n'était pas conscient de son trouble psychique.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique, la Dresse F_____ a retenu que l'incapacité de travail avait débuté à la date du rapport du Dr B_____, soit au 1^{er} décembre 2016. L'experte a souligné la difficulté de reconstruire le parcours médical de l'assuré, compte tenu précisément de sa symptomatologie délirante et d'une absence de suivi psychiatrique, abstraction faite de deux semaines d'hospitalisation à Belle-Idée en 2017. Le SMR s'est rallié à l'appréciation de l'experte et a retenu, lui aussi, que l'incapacité de travail avait débuté le 1^{er} décembre 2016, au moment où elle avait été constatée par le Dr B_____.

Suite au recours de l'assuré, qui contestait la date à laquelle l'administration avait fixé le début de son incapacité de travail, la chambre de céans a demandé à l'experte s'il lui paraissait possible de dater cette incapacité de travail antérieurement au 1^{er} décembre 2016. L'experte a donné la réponse suivante : « j'accuse réception de votre courrier daté du 24 mai 2019 et pour lequel je prends le temps nécessaire pour répondre de façon totale et adéquate. [D]ans mon expertise du 28 février 2018 concernant [l'assuré], j'ai bien prononcé une incapacité totale de 100% depuis le mois de décembre 2016. Cette date fait référence à l'évaluation demandée par l'Hospice général et effectuée par le Dr B_____. Dans mes conclusions, j'apporte la notion de "très certainement existante depuis plus longtemps". En effet, dans la littérature, le début du trouble délirant peut commencer à l'âge de 18 ans et en moyenne autour des 35-45 ans. On voit bien que [l'assuré] porte la pathologie délirante de façon chronique, mais il n'y a aucun écrit permettant, de façon objective, de poser une date avant décembre 2016. C'est pour cette raison que je me suis appuyée sur le rapport du médecin-conseil, le Dr B_____, [de] décembre 2016 [...] ».

14. La chambre de céans observe que l'expertise psychiatrique réalisée par la Dresse F_____ repose sur une anamnèse détaillée, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assuré, des observations cliniques ainsi qu'une discussion complète. En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le recourant, sans véritablement remettre en question la valeur probante de l'expertise, critique néanmoins la date à laquelle l'experte F_____ et le SMR ont fixé le début de l'incapacité de travail, en se référant au rapport du Dr B_____.

Il convient de relever que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète – comme l'est celle de la Dresse F_____ –, il ne suffit pas de prétendre que l'expert(e) aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment

pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

En l'occurrence, le recourant se limite à substituer sa propre appréciation à celle de l'experte sur le point de savoir à partir de quel moment une incapacité de travail devrait lui être reconnue. Il ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions motivées de l'experte F_____, en particulier celles ayant trait à la date à laquelle l'incapacité de travail a été constatée en premier lieu.

Force est de constater, avec l'experte, qu'aucun rapport versé au dossier n'atteste d'une incapacité de travail antérieurement au 1^{er} décembre 2016 et que le recourant, de son côté, ne produit aucun document qui témoignerait d'une telle incapacité avant cette date. Dans un bref rapport du 2 août 2016, les médecins du service de neurochirurgie des HUG ont certes signalé un discours incohérent, mais ils n'en ont pas pour autant tiré de conclusion quant à la capacité de travail de l'assuré, qu'ils n'ont pas évaluée. C'est le lieu de rappeler que contrairement à ce que semble considérer l'assuré, qui affirme souffrir de sa pathologie psychique depuis « bien avant 2016 », l'existence d'une atteinte à la santé ne suffit pas à fonder un droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il faut encore que cette atteinte entraîne une diminution de la capacité de travail et de gain (art. 28 al. 1 LAI ; ATF 96 V 34 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/02 du 4 décembre 2003 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_155/2010 du 25 octobre 2010 consid. 3). Or, il n'existe précisément aucune pièce médicale propre à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'antérieurement au 1^{er} décembre 2016, la capacité de travail du recourant était déjà diminuée, voire nulle, en raison de troubles psychiques.

Par ailleurs, le recourant ne saurait contester avec succès la conclusion de l'experte relative au début de l'incapacité de travail sous prétexte qu'elle reposerait sur un constat médical effectué « fortuitement » par le médecin-conseil de l'Hospice général. Selon la jurisprudence, un expert doit, pour pouvoir remplir convenablement sa tâche, non seulement procéder à l'examen de l'assuré et établir l'anamnèse, mais également fonder son opinion sur les pièces médicales versées au dossier (ATF 125 V 352 consid. 3a). En l'absence de pièces antérieures certifiant une incapacité de travail, le rapport du Dr B_____ constituait précisément un élément dont l'experte devait tenir compte. Le fait que la Dresse F_____ se soit référée à cette pièce ne saurait donc conduire la chambre de céans à s'écarter de l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_124/2018 du 16 août 2018 consid. 4.1).

Finalement, on ne peut pas suivre non plus le recourant lorsqu'il s'en prend à la méthodologie utilisée par l'experte et lui reproche, plus particulièrement, de ne pas s'être entretenue avec ses proches. Dans ce contexte, on rappellera que le corps médical dispose d'une large autonomie dans la conduite de ses examens et que le juge n'intervient qu'avec retenue lorsqu'il s'agit de remettre en cause la

méthodologie utilisée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.2 et les références). Or, une telle retenue s'impose d'autant plus, en l'occurrence, qu'il eût vraisemblablement été très difficile pour l'experte d'obtenir des renseignements pertinents auprès des proches du recourant. En effet, à teneur de l'expertise, l'intéressé, qui est divorcé et ne vit plus avec son ex-épouse depuis début 2015, n'a plus de contacts avec sa mère ainsi qu'avec ses frères et sœurs depuis une dizaine d'années. Il dit n'avoir jamais travaillé et précise que son père est décédé.

Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a retenu que l'incapacité de travail avait débuté le 1^{er} décembre 2016, conformément aux conclusions de l'experte, et qu'il fixe le début du droit à la rente au 1^{er} décembre 2017, soit à l'issue du délai d'attente d'un an prescrit par l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

15. Enfin, le recourant requiert l'audition de l'experte F_____, un complément d'expertise et la production de son dossier de « tutelle ».

Toutefois, la documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de trancher la question de la naissance du droit à la rente, il est inutile d'entendre la Dresse F_____ ou d'ordonner un complément d'expertise. À ce propos, on rappellera que cette praticienne s'est déjà déterminée, à la demande de la juridiction de céans, sur la question du début de l'incapacité de travail. Il ne sera pas donné suite non plus à la réquisition de preuve visant l'apport d'un dossier de « tutelle », le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant ayant confirmé qu'aucune mesure de protection n'avait été prononcée à l'égard du recourant. Le dossier relatif à son placement à des fins d'assistance en mars 2017 – dont la production n'est du reste pas demandée – ne serait pas plus utile pour statuer, puisqu'il ne contient de toute évidence aucune évaluation, a fortiori rétrospective, de la capacité de travail. Partant, les conclusions du recourant tendant à l'audition de la Dresse F_____, à la mise en œuvre d'un complément d'expertise et à l'apport du dossier de « tutelle » doivent être rejetées, par appréciation anticipée des preuves.

16. Mal fondé, le recours est rejeté.
17. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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