RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3996/2018 **ATAS/7/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 11 janvier 2021

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS	recourant

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1970 et ressortissant français, est arrivé en Suisse le 16 septembre 2010 et a obtenu aussitôt une autorisation de séjour. Titulaire d'un diplôme de maîtrise technique comptable, il avait exercé en Algérie une activité de chef de service finance et comptabilité de février 1993 à novembre 1998. En France, il avait travaillé comme serveur de mai 1999 à janvier 2001, commercial dans un groupe d'assurances de mars 2001 à décembre 2001 et réceptionniste dans des hôtels d'avril 2002 à octobre 2008. En Suisse, il a été agent de sécurité dans une bijouterie du 17 septembre au 24 décembre 2010, puis il s'est inscrit au chômage à 100 % le 14 mars 2011.

2. Le 11 décembre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. L'atteinte à la santé existant depuis 2009 consistait en une maladie du cœur et une tumeur. Il avait été réceptionniste du 1er septembre au 31 décembre 2010.

3. D'après l'extrait du compte individuel du 17 décembre 2013, l'assuré avait cotisé d'août 2010 à décembre 2012.

4. Selon un rapport établi le 13 janvier 2014 par la doctoresse B_____, cheffe de clinique auprès du service de médecine communautaire et des premiers recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), elle suivait l'assuré depuis le 1er novembre 2013. Elle a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un probable trouble délirant avec idées paranoïaques (depuis une date inconnue), une cardiopathie ischémique depuis 2009 et un diabète insulino-requérant de type 2 depuis 2002. Sans effet sur la capacité de travail, elle a également diagnostiqué une paralysie faciale. Selon l'anamnèse, il avait souffert d'un angor qui était stable depuis 2009, d'un infarctus du myocarde à fin 2009 sur occlusion du pontage puis pose de quatre stents à fin 2009. Il avait présenté une nouvelle dilatation sur sténose intra-stent en 2010, puis en 2011. Un infarctus non datable avait été mis en évidence à l'IRM cardiaque de 2012, puis encore un nouveau en 2013. Il avait des troubles du comportement mais arrivait à fonctionner pour les activités simples de la vie quotidienne. Il refusait une évaluation psychiatrique. Le diabète insulino-requérant était compliqué d'une cardiopathie ischémique, d'une néphropathie diabétique et d'une légère polyneuropathie diabétique chroniquement déséquilibrée. L'assuré se plaignait de douleurs faciales gauches secondaires à une résection d'un paragangliome compliqué de lésions nerveuses crâniennes multiples. Au titre des restrictions concernant l'activité exercée, l'assuré avait des troubles du comportement ne permettant pas une interaction interpersonnelle, un risque d'agressivité, une limitation à l'effort et une douleur fluctuante. Ces restrictions pouvaient être réduites par un traitement du trouble délirant. L'activité exercée

n'était pas exigible et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Vu la situation psychiatrique, aucune mesure n'apparaissait permettre la reprise d'un travail quel qu'il fût.

Étaient joints audit rapport, les documents principaux suivants :

- un rapport du 15 juillet 2013 de la doctoresse C_____, médecin adjoint au centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, diagnostiquant chez l'assuré des douleurs de l'hémiface gauche dans un contexte de status post ablation d'un paragangliome cervical haut et de la partie inférieure du foramen jugulaire compliqué d'une paralysie faciale et du nerf hypoglosse, des multiples lésions ischémiques et hémorragiques corticales subaiguës probablement liées à une rupture de plaque lors d'un geste endo-artériel, une cardiopathie ischémique sur maladie de trois vaisseaux avec status post pontage coronarien et pose de stents en novembre 2002, ainsi qu'un diabète de type 2. L'assuré souffrait depuis des années d'une douleur au niveau de l'hémiface gauche initialement attribuée à des sinusites à répétition. Un bilan étiologique de ses céphalées, réalisé lors de son arrivée en Suisse en 2010, avait mis en évidence un paragangliome cervical haut et de la partie inférieure du foramen jugulaire. Ce paragangliome avait été entièrement réséqué en février 2012, mais l'opération s'était compliquée d'une paralysie faciale, encore présente mais d'évolution favorable, et d'une parésie du nerf hypoglosse. Les douleurs avaient empiré depuis cette intervention, sans qu'une médicamentation n'ait d'effet favorable et durable. D'après une IRM de novembre 2012, il n'y avait pas de récidive de la tumeur, alors que les lésions ischémiques et hémorragiques étaient stables. La douleur de l'hémiface gauche évoquait une lésion du nerf trijumeau non mentionnée dans les divers comptes rendus opératoires. Même si la localisation anatomique était cohérente, la question du diagnostic différentiel de cette douleur était peut-être à se reposer, à savoir névralgie idiopathique du trijumeau, autre algie de la face, équivalent migraineux ? La douleur et les autres problèmes de santé de l'assuré avaient une répercussion majeure sur son quotidien, obligé qu'il était de passer ses journées chez lui passablement essoufflé en raison de sa cardiopathie. Au plan thymique, il semblait avoir bon moral, mais se sentait passablement irritable compte tenu de sa situation et de sa pérennisation ;
- un rapport de la consultation ambulatoire de cardiologie des HUG du 26 février 2013 diagnostiquant un pontage aorto-coronarien en décembre 2009, une occlusion du pont mammaire ayant nécessité la pose d'un stent actif et de quatre autres stents en décembre 2009, un angor sur resténose partielle de la bifurcation du tronc commun distal-artère interventriculaire antérieure (IVA)-artère circonflexe (CX) au niveau de l'implantation du stent

ainsi qu'une resténose intermédiaire de l'IVA moyenne ayant nécessité une angioplastie du tronc commun-CX ostiale et une angioplastie par ballon à élution seule de l'ostium de l'IVA proximale en novembre 2012. Au titre des comorbidités et antécédents étaient notamment cités un status post résection subtotale après pré-embolisation d'un paragangliome de la base du crâne et extracrânien le 13 février 2012, une atteinte des nerfs crâniens VII, IX, X, XI et XII gauches secondaires avec paralysie faciale périphérique gauche complète, paralysie du voile du palais et de la corde vocale gauche, troubles de la déglutition, parésie de la langue, parésie du trapèze et du muscle sternocléido-mastoïdien gauche, ainsi que des lésions ischémiques cérébrales subaiguës multiples et millimétriques secondaires diagnostiquées par imagerie cérébrale le 22 février 2012.

5. Le 9 avril 2014, le service de neurochirurgie des HUG a transmis à l'OAI divers rapports médicaux et notamment une lettre de transfert à Beau-Séjour datée du 13 mars 2012. Selon cette dernière, l'assuré avait séjourné au service de neurochirurgie des HUG du 10 février 2012 au 13 mars 2012 pour la prise en charge d'un paragangliome de la base du crâne compliqué d'une parésie du nerf VII et d'un déficit des nerfs X et XI (déviation de la langue vers la gauche avec troubles de la déglutition). L'assuré présentait des comorbidités actives, notamment une maladie coronarienne tritronculaire. Parmi les antécédents personnels, il y avait une maladie tritronculaire coronarienne, un status post infarctus antéro-septo-basal non datable, un status post revascularisation chirurgicale le 10 décembre 2009 pour occlusion de l'IVA ostiale, un infarctus du myocarde (NSTEMI) le 18 décembre 2009 sur occlusion du pont mammaire avec pose d'un stent actif et de quatre autres stents pendant la même procédure. L'assuré était connu pour de lourds antécédents cardiaques et souffrait depuis plusieurs années de douleurs concernant l'hémicrâne gauche, devenues plus intenses depuis janvier 2011. L'incapacité de travail était totale à partir du 10 février 2012 et était à réévaluer par le service de neurorééducation.

6. Dans la lettre de sortie du 11 août 2014, consécutive à l'hospitalisation de l'assuré du 16 au 28 juillet 2014, le docteur D_____, chef de clinique au service de psychiatrie générale des HUG, a diagnostiqué une psychose non organique, sans précision (F29). Il s'agissait d'une première hospitalisation en admission ordinaire en raison d'une décompensation psychotique. L'assuré était suivi de longue date au service de médecine communautaire en raison de troubles somatiques et de la notion d'idées de persécution avec un même discours depuis des années mais en péjoration depuis mai 2014. Il aurait fait un voyage pathologique à Londres. Le 15 juillet 2014, il s'était présenté aux urgences des HUG avec une symptomatologie psychotique, des idées délirantes et des hallucinations (auditives et visuelles) en aggravation nette depuis quelques jours. Malgré une évolution globalement favorable, il persistait en fin d'hospitalisation un fond délirant avec conviction

d'être victime d'un complot, qui influençait peu ou pas son comportement, l'assuré se montrant capable d'une autonomie concernant ses démarches personnelles malgré la présence d'idées délirantes plutôt « encapsulées ». Le Dr D_____ a émis l'hypothèse que l'assuré présentait un trouble psychotique de longue date, avec des idées de type persécutoire présentes depuis de longues années, mais en péjoration depuis 2014. Selon les dires de l'assuré, les premières idées persécutoires étaient présentes au début de l'âge adulte dans son pays d'origine et leur concrétisation remontait vers l'âge de 29 ans (donc dès 1999) quand il avait émigré en France. Jusqu'ici, il n'avait pas bénéficié de soins psychiatriques, ayant une attitude fuyante par rapport à ce type d'aide. Selon les médecins qui l'avaient suivi pour ses problèmes somatiques, l'assuré présentait un discours avec des idées délirantes depuis au moins 2010, évoquant la présence de caméras et complots. Le Dr D_____ n'avait pas pu confirmer les éléments anamnestiques par une hétéroanamnèse avec la famille, mais des contacts par « Skype » avec cette dernière avaient été réalisés et objectivés. Au vu de la nature plutôt chronique de la symptomatologie délirante et la régression de la composante aiguë suite à l'introduction d'un traitement antipsychotique, l'assuré avait quitté l'hôpital le 28 juillet, avec prise en charge au Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI) Eaux-Vives des HUG.

7. Selon un rapport de la Dresse B_____ du 17 octobre 2014, malgré l'introduction du traitement neuroleptique en juillet 2014, les troubles psychiatriques non reconnus par l'assuré n'avaient pas changé. Ce dernier présentait les mêmes atteintes à la santé (céphalées, psychose et diabète) ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il y avait une décompensation diabétique sur prise de poids. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était nulle. Un suivi psychothérapeutique venait de débuter. Au vu de la chronicité des céphalées et de la psychose non organique, une amélioration suffisante pour une activité professionnelle lui semblait improbable.

8. Dans un rapport du 28 novembre 2014, la doctoresse E_____, médecin interne au CAPPI, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, une schizophrénie paranoïde (F20.0). Aux dires de l'assuré, les idées délirantes se seraient concrétisées vers l'âge de 29 ans lorsqu'il avait émigré en France. Ses premières idées étaient de type persécutoire. À ce moment-là, il était persuadé d'être un agent secret du « Mossad » et d'être accusé d'être juif dans son pays d'origine. D'après le patient, il n'avait pas eu de suivi psychiatrique jusqu'en juillet 2014, ayant une attitude fuyante par rapport à ce type d'aide et en restant anosognosique face à l'idée d'avoir une maladie psychiatrique. Cependant, les médecins l'ayant suivi en médecine générale rapportaient que l'assuré présentait un discours avec des idées délirantes depuis au moins 2010, évoquant la présence de caméras pour le surveiller et le sentiment d'être victime d'un complot. Lors du premier entretien le 29 juillet 2014, l'assuré était très méfiant pensant que la doctoresse faisait partie

d'un complot. Depuis lors, l'état clinique s'était légèrement amélioré et l'assuré était moins méfiant durant les entretiens. Il se disait moins envahi par des pensées intrusives. Elles restaient cependant encore très présentes et généraient beaucoup d'angoisse. L'incapacité de travail était de 100 %. Les restrictions relatives à l'activité consistaient, d'une part, en pensées délirantes de persécution qui pouvaient être encore envahissantes et engendraient d'importantes angoisses ainsi que des troubles de la concentration, d'autre part, en difficultés relationnelles en raison d'une grande méfiance. L'activité exercée n'était pas exigible et le rendement était réduit. Pour l'instant la symptomatologie était trop présente pour envisager une reprise d'activité, même dans un milieu adapté. Les capacités de l'assuré de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Puis, dans un rapport du 28 avril 2015, la Dresse E_____ a précisé que l'incapacité de travail de 100 % était justifiée médicalement en tout cas depuis l'entrée de l'assuré dans les soins psychiatriques en juillet 2014.

9. Selon un rapport établi le 17 mars 2015 par le docteur F_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, il avait revu l'assuré ce jour pour un contrôle à deux ans de l'opération du 13 février 2012. Celui-ci se plaignait toujours de céphalées hémi-crâniennes gauches et d'une paralysie de la langue du côté gauche. Une IRM cérébrale pratiquée en mars 2015 (recte : février) montrait une stabilité du résidu du paragangliome.

10. Dans un avis du 21 mars 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité depuis 2010 en se référant au rapport de la Dresse E_____ du 28 novembre 2014 qui retenait un diagnostic incapacitant de schizophrénie paranoïde depuis 2010.

11. Par projet de décision du 24 mars 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1er juin 2014 et de lui refuser des mesures professionnelles, non susceptibles d'améliorer sa capacité de gain. Depuis 2010, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Sans atteinte à la santé, il aurait exercé une activité lucrative à 100 % pour subvenir à ses besoins. L'OAI retenait que son atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité depuis début 2010. Compte tenu de la tardiveté de la demande de prestations de l'AI, une rente ne pouvait lui être versée que depuis le 1er juin 2014.

12. Le 4 mai 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant le projet du 24 mars 2016, et prévoyant de rejeter sa demande de rente d'invalidité et de lui refuser des mesures professionnelles. En contrôlant ses dossiers, l'OAI avait constaté qu'une erreur avait été commise lors de l'envoi du projet du 24 mars 2016. Il ressortait des éléments médicaux que l'incapacité de travail de longue durée devait être fixée avant l'arrivée en Suisse de l'assuré, le

16 septembre 2010. En outre, il ne remplissait pas la condition de durée minimale des cotisations, respectivement les conditions d'assurances requises lors de la survenance du cas d'assurance.

13. Par courrier du 13 mai 2016, l'assuré a fait part à l'OAI de son désaccord avec ce projet. Son invalidité était due à une atteinte médicale survenue après son arrivée en Suisse. Des éléments plus précis allaient lui être adressés.

14. Par décision du 10 juin 2016, l'OAI a confirmé sa position.

15. Dans le cadre de la procédure du recours, formé le 8 juillet 2016 contre ladite décision, l'assuré a produit un rapport de la Dresse B_____ du 20 septembre 2016. Cette dernière a précisé que depuis le début de son suivi en novembre 2013, l'assuré souffrait de plusieurs pathologies rendant sa capacité de travail nulle, en particulier une schizophrénie paranoïde, des douleurs faciales gauches et une cardiopathie ischémique. S'agissant de la schizophrénie paranoïde, elle retrouvait dans le dossier de l'assuré la mention d'idées paranoïaques n'empêchant pas le fonctionnement en 2010. Lors de sa reprise de suivi en 2014, il était déjà clair qu'il ne s'agissait plus uniquement d'idées paranoïaques mais d'un trouble psychotique fixé et invalidant. Les céphalées dont l'assuré souffrait de longue date avaient largement empiré depuis la résection d'un paragangliome en 2012, l'assuré présentant depuis lors des douleurs de l'hémiface gauche quotidiennes, qui survenaient brutalement, sous forme de brûlures d'intensité maximale et n'avaient pas répondu à différents traitements de la douleur neuropathique. Ladite résection s'était compliquée d'une lésion des nerfs crâniens VII et XII. Bien qu'aucune lésion du nerf trijumeau n'eût été reconnue, la symptomatologie et la chronologie étaient congruentes avec une lésion opératoire de ce nerf.

    Pour sa part, dans un rapport du 25 octobre 2016, le SMR a considéré qu'au vu du rapport de la Dresse B_____ du 20 septembre 2016, toutes les atteintes à la santé incapacitantes l'étaient avant l'arrivée de l'assuré en Suisse. Le 11 mars 2013, les cardiologues avaient précisé que le bilan cardiologique ne montrait pas de récidive ischémique et confirmaient que l'IRM cardiaque du 5 mars 2013 était identique à celle du 11 février 2012 (ne montrant pas de nouvelle lésion ischémique). La fonction ventriculaire était donc restée normale, comme en avril 2012, et ne pouvait pas justifier d'incapacité de travail. La Dresse B_____ confirmait que les douleurs faciales étaient présentes depuis de longues années, bien avant que ne soit posé le diagnostic de paragangliome. Dans son rapport du 13 janvier 2014, elle n'avait retenu comme diagnostic incapacitant que le trouble délirant, la cardiopathie et le diabète, mais pas l'atteinte faciale qui était considérée comme non invalidante. D'après la lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG du 11 août 2014, les médecins mentionnaient un trouble psychotique de longue date et confirmaient la présence d'idées délirantes au début de l'âge adulte dans le pays d'origine de l'assuré, dépeignant des idées délirantes qui ne permettaient à l'époque aucune

activité professionnelle. La Dresse E_____, dans son rapport du 28 novembre 2014, confirmait l'importance de ces troubles déjà au début de la prise en charge de l'assuré, à son arrivée en Suisse. Dans son rapport du 13 janvier 2014, la Dresse B_____ précisait que l'assuré n'arrivait à fonctionner que pour les activités de la vie quotidienne simple, soit pas pour une activité professionnelle.

16. Par arrêt du 6 juin 2017 (ATAS/449/2017), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) a admis partiellement le recours, annulé la décision du 10 juin 2016 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. Elle a relevé que l'assuré alléguait souffrir de trois pathologies invalidantes distinctes, à savoir une schizophrénie paranoïde invalidante depuis juillet 2014, des douleurs intenses de l'hémiface gauche associées à une paralysie faciale et à une parésie du nerf hypoglosse invalidantes depuis février 2012, ainsi qu'à une cardiopathie ischémique invalidante depuis 2013. Pour se prononcer sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité depuis vraisemblablement le 1er juin 2014 eu égard au dépôt de sa demande le 11 décembre 2013, il importait de déterminer si ces pathologies étaient invalidantes et dans l'affirmative depuis quand, ainsi que si elles étaient bien distinctes les unes des autres. Or, les rapports médicaux au dossier ne permettaient pas de répondre à ces questions, à tout le moins s'agissant de la schizophrénie paranoïde et des douleurs intenses de l'hémiface gauche. S'agissant de la pathologie cardiaque, il apparaissait que les interventions les plus importantes remontaient à 2009, qu'il y avait eu une interruption notable d'une incapacité de travail liée à cette problématique et que l'IRM du 5 mars 2013, qui était identique à celle du 11 février 2012, ne montrait pas de nouvelle lésion ischémique. La question de savoir si ces pathologies avaient engendré une invalidité après le 15 septembre 2011 ne trouvait pas de réponse convaincante dans le dossier, faute d'avoir été posée et examinée d'une façon suffisamment fouillée, même s'il apparaissait possible que seules des réponses données en termes de vraisemblance prépondérante pouvaient être fournies en tant qu'il s'agissait au moins pour partie d'apprécier des situations rétroactivement sur des périodes pour lesquelles des rapports médicaux fiables n'étaient probablement pas disponibles, de sorte qu'il y avait lieu de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire.

17. Par courrier du 4 octobre 2017, le mandataire de l'assuré a informé l'OAI que celui-ci avait fait l'objet d'une admission non volontaire à la Clinique de Belle-Idée en raison de ses problèmes psychiatriques.

18. Sur demande du SMR, la Dresse B_____ a précisé dans son rapport du 21 février 2018 que l'assuré souffrait de plusieurs pathologies somatiques limitant sa capacité de travail, à savoir des douleurs de l'hémiface gauche secondaires à l'ablation d'un paragangliome cervical haut et de la partie inférieure du foramen jugulaire interne gauche qui s'était compliquée d'une lésion de multiples nerfs crâniens en 2012.

Dans ce contexte, l'assuré présentait également une paralysie faciale gauche. Les douleurs étaient toujours présentes quotidiennement et invalidantes. L'assuré souffrait également d'un diabète de type 2 insulino-requérant depuis 2002 avec un équilibre dépendant largement de l'état psychiatrique et des complications aux niveaux rénal, neurologique et cardiaque. Il souffrait enfin d'une cardiopathie ischémique sévère avec pontage aorto-coronarien, puis pose de quatre stents en 2009. Depuis, des stents avaient à nouveau été posés en 2010, 2011 et une dernière fois en 2017. Les IRM cardiaques avaient également montré des infarctus silencieux probables en 2012 et 2013. C'était suite à une première série d'hospitalisations en 2009 que la situation somatique de l'assuré avait décompensé et que son incapacité de travail avait été posée en premier lieu. L'assuré était également connu pour un trouble psychiatrique dont le diagnostic posé par les psychiatres avait été variable, entre le trouble délirant et une schizophrénie paranoïde. Le début dudit trouble n'était pas datable. Même si une symptomatologie délirante était présente depuis le début de son suivi en 2013, elle était alors relativement compensée, bien qu'à l'époque elle était déjà fortement incapacitante pour une activité professionnelle. Cependant, elle avait eu tendance à s'aggraver avec l'apparition de troubles du comportement et d'une agressivité ayant amené à une hospitalisation en décembre 2017. La doctoresse G_____, spécialiste FMH psychiatre et psychothérapie, avait été sa psychiatre traitante depuis plusieurs années, mais son suivi s'était arrêté il y a quelques mois. Selon l'évaluation de la Dresse B_____, l'incapacité de travail était complète et une reconversion était impossible tant en raison des maladies somatiques que psychiques.

19. Sur demande du SMR, la doctoresse H_____, médecin interne au CAPPI, a précisé dans un rapport du 22 mars 2018 que l'assuré souffrait, sur le plan psychiatrique, d'une psychose non organique sévère diagnostiquée pour la première fois lors d'une première hospitalisation en 2014. Ce trouble était composé, lors de facteurs de crise, d'une décompensation psychotique floride et de troubles du comportement. Malgré le traitement, les symptômes résiduels persistaient sous forme d'interprétativité, méfiance et idées délirantes de persécution. Les limitations consistaient en perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne principalement. En tout, l'assuré avait été hospitalisé à trois reprises à Belle-Idée, la dernière fois en décembre 2017 pour troubles du comportement et propos hétéroagressifs envers des passants. Sur le plan somatique, il souffrait notamment d'un status post-pontage aorto-coronarien le 18 décembre 2009, d'une occlusion du pontage mammaire postopératoire ayant nécessité l'implantation de cinq stents le 18 décembre 2009, d'une angioplastie avec pose d'un stent actif au niveau de l'IVA moyenne le 14 décembre 2010, d'une angioplastie avec pose d'un stent actif au niveau de la CX ostiale le 20 juin 2011, d'une angioplastie du tronc commun / CX ostiale avec implantation d'un stent actif et angioplastie au ballon seul de l'IVA proximale pour resténose intra-stent le 16 novembre 2012, d'un status

post-résection d'une tumeur cervicale gauche en février 2012 avec parésie faciale gauche séquellaire et d'un diabète de type II insulino-requérant.

20. Dans un avis du 19 juillet 2018, le SMR a considéré, sur la base du dernier rapport de la Dresse B_____, que le début de l'incapacité de travail remontait à 2009 en raison de la pathologie cardiaque et que d'autres pathologies somatiques (neurologiques et rénales notamment) avaient décompensé par la suite. Selon la Dresse B_____, le début de la pathologie psychiatrique (psychose non organique) était difficile à dater mais celle-ci était déjà incapacitante en 2013 au début de son suivi. La lettre de sortie de la Clinique de Belle-Idée du 11 août 2014 émettait l'hypothèse que le trouble psychotique était présent de longue date, soit dès l'âge de 29 ans. Pour le SMR, cette hypothèse était cohérente avec ce type de pathologie.

21. Par projet de décision du 19 juillet 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré que selon les éléments médicaux et professionnels recueillis ainsi que l'appréciation du SMR, l'incapacité de travail de longue durée en raison de plusieurs atteintes à la santé devait être fixée pour l'ensemble des pathologies avant l'arrivée de l'assuré en Suisse, le 16 septembre 2010. Il devait refuser tout droit aux prestations pour des invalidités survenues avant le 16 septembre 2011. Par conséquent, l'assuré ne remplissait pas les conditions d'assurances requises lors de la survenance du cas d'assurance.

22. D'après l'extrait du compte individuel du 25 juillet 2018, l'assuré avait cotisé d'août 2010 à décembre 2015.

23. Dans son courrier du 23 août 2018, l'assuré a fait part de ses objections. Il a reproché à l'OAI d'avoir procédé à une instruction très lacunaire de la survenance de l'invalidité pour les pathologies dont il souffrait. Il ressortait du rapport de la Dresse B_____ que les douleurs de l'hémiface gauche étaient invalidantes depuis leur complication en 2012, que la symptomatologie délirante n'était présente que depuis 2013 et qu'à cette date elle était relativement compensée, puis s'était aggravée. S'agissant de la cardiopathie sévère, la Dresse B_____ n'affirmait à aucun moment qu'elle serait invalidante lors de la première série d'hospitalisations en 2009, étant précisé qu'elle ne pouvait fournir que peu d'informations sur les suites de l'hospitalisation de 2009, puisqu'elle n'était son médecin traitant que depuis l'année 2013. Quant au rapport de la Dresse H_____, il ne précisait pas si les pathologies diagnostiquées étaient invalidantes et, le cas échéant, depuis quand. En réalité, il souffrait de plusieurs pathologies invalidantes de manière permanente qui étaient toutes survenues après son arrivée en Suisse en 2010, étant précisé que la cardiopathie ischémique était présente depuis 2013, après une interruption notable pendant plusieurs années, et qu'il avait été capable de travailler jusqu'en 2012.

24. Dans un nouvel avis du 15 octobre 2018, le SMR a précisé que l'examen des différentes pièces médicales permettait de retenir que l'atteinte psychiatrique, à

savoir la schizophrénie paranoïde, était durablement et totalement incapacitante. Elle était présente depuis l'âge de 29 ans, ce qui avait été confirmé par l'assuré lui-même lors de son hospitalisation de juillet 2014. Lors du début des soins au département de médecine communautaire des HUG, l'assuré présentait des pensées délirantes compatibles avec le diagnostic de schizophrénie paranoïde. Or, l'expérience clinique montrait que ces symptômes devaient être présents depuis un certain temps déjà. Les difficultés avec la réalité (idées délirantes) et les difficultés interpersonnelles qui en résultaient étaient responsables d'une incapacité de travail dans l'économie libre du marché, ce qui était confirmé par les divers psychiatres ayant examiné l'assuré.

25. Par décision du 16 octobre 2018, l'OAI a confirmé son refus du droit aux prestations. Il a considéré que l'« atteinte principale » était incapacitante et que les autres atteintes n'étaient pas clairement incapacitantes sur la durée. L'« atteinte principale » existait de longue date et remontait, selon les dires de l'assuré, vers l'âge de 29 ans. L'expérience clinique montrait que ces symptômes devaient être présents depuis un certain temps. Par conséquent, il fallait retenir au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte incapacitante était présente depuis l'âge de 29 ans.

26. Par acte du 14 novembre 2018, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 16 octobre 2018 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des instructions données par la chambre de céans dans son arrêt de renvoi. La décision litigieuse ne mentionnait pas les pathologies dont il souffrait et depuis quand elles étaient invalidantes. L'intimé n'avait recueilli que deux rapports médicaux complémentaires. Il ressortait des divers rapports médicaux au dossier qu'il souffrait de graves troubles psychiatriques, à savoir une psychose non organique sévère, des troubles délirants et une schizophrénie paranoïde. Il présentait également une pathologie neurologique et somatique caractérisée par des douleurs de l'hémiface gauche ainsi que des troubles cardiaques, sous forme d'une cardiopathie ischémique avec complications graves ayant généré de multiples hospitalisations. Chacune de ces pathologies était distincte l'une de l'autre, chacune était invalidante en elle-même et chacune était survenue après son arrivée en Suisse. Le trouble psychotique n'était invalidant que depuis la première décompensation en 2014, voire au plus tôt en 2013. Les douleurs neurogènes quotidiennes étaient séquellaires à l'opération de 2012. Même s'il souffrait de problèmes cardiaques depuis 2009, chacune des atteintes cardiaques était marquée par une interruption notable de plus d'une année. Depuis l'année 2013, la pathologie cardiaque se compliquait de douleurs thoraciques oppressives continues.

27. Par décision du 22 novembre 2018, le Vice-président du Tribunal de première instance a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 2 novembre 2018.

28. Dans sa réponse du 13 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a exposé qu'au vu des renseignements obtenus lors du complément d'instruction et de l'ensemble des éléments au dossier, l'atteinte psychiatrique était vraisemblablement survenue en 1999. Ce trouble existait de longue date et n'avait jamais permis au recourant de vraiment travailler en Suisse. S'agissant du diabète insulino-dépendant et de ses atteintes corollaires, soit la cardiopathie ischémique et les troubles neurologiques, les médecins estimaient que celle-ci entraînait déjà en 2009 des complications graves et des hospitalisations. La capacité de travail devait être considérée comme notablement diminuée à cette époque déjà. S'agissant du paragangliome, cette atteinte était survenue en 2012 et n'induisait pas de réelle diminution de la capacité de travail, mais essentiellement des douleurs gérées par un traitement médicamenteux et des paralysies faciales. Les limitations fonctionnelles en découlant étaient restreintes (pas de contact direct avec la clientèle) et ne provoquaient pas de diminution notable de la capacité de travail. Le recourant aurait probablement pu travailler malgré cette dernière atteinte. Toutefois, le taux exact auquel une activité aurait pu être exercée était difficile à déterminer.

29. Dans sa réplique du 21 janvier 2019, le recourant a relevé que dans sa réponse, l'intimé examinait pour la première fois le caractère invalidant de chaque pathologie et retenait qu'elles seraient toutes devenues invalidantes avant son arrivée en Suisse sur la base d'affirmations non étayées. L'intimé se fondait uniquement sur l'avis du SMR qui n'émanait pas d'un spécialiste de ses pathologies et qui ne l'avait pas examiné. De plus, il reprenait en des termes erronés les propos des médecins interrogés. Par conséquent, ledit avis n'avait pas de valeur probante et il convenait de se référer uniquement aux rapports médicaux probants. S'agissant des troubles psychiatriques, l'intimé indiquait qu'ils existaient depuis 2010 mais ne disait rien sur leur caractère incapacitant, respectivement sur l'incidence de la première décompensation intervenue en 2014. S'agissant de l'affection cardiaque, le recourant ne contestait pas en souffrir depuis 2009. Toutefois, l'intimé ne fixait aucune date de début de l'incapacité de travail due à cette affection et ne prenait pas en compte les diverses interruptions notables ainsi que la complication intervenue en 2013 entraînant des douleurs continues. S'agissant des douleurs de l'hémiface gauche, l'intimé considérait, sans se référer à un quelconque document, qu'elles n'entraînaient pas de réelle incapacité de travail, ce qui était erroné puisqu'en 2012 elles s'étaient compliquées d'une lésion de multiples nerfs crâniens provoquant des douleurs quotidiennes et invalidantes. Le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes.

30. Dans sa duplique du 22 février 2019, l'intimé a constaté que le recourant avait une opinion divergente quant aux dates de survenance respective des diverses atteintes à la santé dont il souffrait. Il a rappelé que les avis du SMR étaient notamment utiles pour opérer la synthèse des divers renseignements médicaux obtenus en cours d'instruction. Il a confirmé ses précédentes conclusions.

31. Dans son écriture du 25 mars 2019, le recourant a répété les arguments déjà développés dans ses écritures précédentes. Il a persisté dans ses conclusions précédentes et a requis l'audition de la Dresse B_____, au cas où la chambre de céans considérerait que ses rapports médicaux ne seraient pas suffisamment précis.

32. Le 13 septembre 2019, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la Policlinique médicale universitaire (PMU), à Lausanne, et leur a communiqué les noms des experts, soit les Drs I_____, spécialiste FMH en médecine interne, J_____, spécialiste FMH en cardiologie, K_____, spécialiste FMH en neurologie et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser. Elle a imparti aux parties un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

33. Par courrier du 25 septembre 2019, le recourant a fait valoir un motif de récusation à l'encontre du Dr M_____.

34. Le 3 octobre 2019, le Dr M_____ a informé la chambre de céans qu'il était dans l'obligation de se récuser en raison d'un lien avec l'une des parties.

35. Le 18 octobre 2019, la PMU a refusé le mandat d'expertise, au motif qu'elle n'avait pas d'autre expert neurologue à qui confier l'expertise neurologique.

36. Le 6 novembre 2019, le Centre d'expertises médicales (CEMed), à Nyon, a renoncé au mandat d'expertise pluridisciplinaire, indiquant n'avoir plus d'expert en cardiologie.

37. Le 18 novembre 2019, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès de la Swiss Medical Expertise (ci-après : SMEX), à Neuchâtel, et leur a communiqué les noms des experts, soit les Drs N_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecin interne générale, O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et P_____, spécialiste FMH en neurologie, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser. Elle a imparti aux parties un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

38. Le 28 novembre 2019, l'OAI a indiqué n'avoir pas de remarques particulières s'agissant du choix des experts (rapport du SMR du 26 novembre 2019). La question spécifique et complexe du dossier était de déterminer si les autres atteintes à la santé (diabète, cardiopathie et douleurs faciales) entraînaient, pour chacune d'entre elles, une diminution de la capacité de travail de 40 % au moins et si oui,

depuis quelles dates. Ce point devait être spécifié précisément dans la mission d'expertise.

39. Le 12 décembre 2019, l'assuré a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre des experts.

40. Par ordonnance d'expertise du 19 décembre 2019 (ATAS/1190/2019), la chambre de céans a mis en œuvre l'expertise pluridisciplinaire. Elle a considéré qu'elle n'était pas en mesure de statuer sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en l'absence de 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.

41. Le 13 février 2020, le SMEX a convoqué l'assuré à des examens médicaux les 9, 16 et 24 mars 2020. Il lui a également demandé de compléter le formulaire de déclarations de la personne assurée, ainsi que le questionnaire de la personne assurée d'ici au 21 février 2020.

42. Par courrier du 25 février 2020 adressé au conseil de l'assuré, le SMEX lui a accordé un bref délai pour l'envoi des documents sollicités.

43. Par courrier du 28 février 2020, la chambre de céans a rappelé l'assuré au devoir des parties de collaborer à l'instruction, ce qui impliquait notamment de répondre aux sollicitations du SMEX et se présenter aux rendez-vous fixés.

44. Le 9 mars 2020, le SMEX a informé la chambre de céans que l'assuré ne s'était pas présenté au premier entretien du 9 mars 2020.

45. Le 12 mars 2020, la chambre de céans a convoqué les parties à une audience de comparution personnelle le 7 avril 2020.

46. Le 18 mars 2020, le SMEX a annulé l'entretien du 24 mars 2020 en raison de la situation sanitaire liée à la pandémie du coronavirus.

47. Pour les mêmes motifs, la chambre de céans a annulé l'audience de comparution personnelle prévue le 7 avril 2020.

48. Le 18 mai 2020, la chambre de céans a convoqué les parties à une nouvelle audience de comparution personnelle le 26 mai 2020.

49. Lors de cette audience, l'assuré a indiqué ne s'être pas présenté à son entretien d'expertise à Neuchâtel car il n'avait pas les moyens financiers et n'avait pas réussi à trouver un prêt. Il ne touchait plus d'aide sociale de l'Hospice général. Informé par la chambre de céans de ce que l'assistance judiciaire pouvait lui rembourser les billets de train, il a répondu qu'il n'arrivait pas à avancer l'argent.

    L'assuré a indiqué que sa dépression remontait à 2012 après l'opération qu'il avait subie au niveau facial. En raison de cette dépression, il était parti un mois à Londres où il avait erré pendant vingt jours avec des idées bizarres. De retour à Genève, il

avait subi une souffrance intense et s'était présenté de son propre chef aux HUG. Il était suivi par une nouvelle psychiatre, la Dresse G_____.

Le conseil de l'assuré a informé la chambre de céans de ce que l'assuré était sous curatelle de représentation depuis le 27 avril 2020. Il a également produit une lettre de sortie du service de psychiatrie adulte des HUG datant du 6 mai 2020 et portant sur une hospitalisation du 22 au 24 avril 2020 (rapport des Drs Q_____ et R_____), d'où il ressort notamment que l'assuré avait été hospitalisé en septembre 2019 avec une sortie sur fugue (référence faite à une lettre de sortie du Dr S_____).

Le conseil de l'assuré a indiqué que l'expertise pluridisciplinaire à Neuchâtel était compliquée à organiser. Il n'en voyait pas l'utilité et souhaitait connaître la position de l'OAI sur l'opportunité de cette expertise. Il a insisté sur le fait qu'on ne trouvait aucune trace au dosser d'une problématique invalidante psychique avant 2014.

Sur quoi, la chambre de céans a réservé la suite de la procédure.

50. Le 27 mai 2020, le conseil de l'assuré a transmis à la chambre de céans l'ordonnance du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant du 27 avril 2020, instituant sur mesures superprovisionnelles une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assuré. Le Tribunal a désigné Me T_____ aux fonctions de curateur. Il ressort notamment de cette ordonnance que l'assuré souffre d'une schizophrénie paranoïde l'empêchant de défendre seul ses intérêts. Au vu de sa capacité d'autonomie limitée, une intégration en foyer semble nécessaire. L'assuré a besoin urgemment d'une mesure de protection étendue. Le Tribunal a cependant renoncé à instaurer une curatelle de portée générale au vu des faibles renseignements médicaux.

51. Le 18 juin 2020, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR du même jour, a indiqué qu'au vu de la situation actuelle de l'assuré, laquelle ressortait notamment de la lettre de sortie des HUG du 6 mai 2020, il ne semblait pas justifié d'effectuer une expertise pluridisciplinaire, ce d'autant plus dans un autre canton et en des lieux différents. Il s'opposait également à une expertise psychiatrique, en raison du caractère non compensé de la pathologie psychiatrique de l'assuré et des risques hétéro-agressifs. Il serait cependant opportun de compléter le dossier médical de l'assuré et d'en préciser l'anamnèse psychiatrique par l'apport des documents suivants : rapports d'hospitalisation à Belle-Idée de 2017 et de septembre 2019, rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 28 mai 2018 (sic), lettre de sortie du Centre hospitalier Alpes-Léman (CHAL) en France, éventuellement rapport médical de la Dresse G_____, psychiatre de l'assuré, et rapport d'hospitalisation des HUG.

52. Le 24 juin 2020, le curateur de l'assuré a informé la chambre de céans de ce que le conseil de l'assuré, formellement constitué, continuerait à assister seul l'assuré et le tiendrait informé de l'avancement de la procédure.

53. Le 26 juin 2020, la chambre de céans a informé le SMEX que compte tenu de la situation de l'assuré et des conclusions des parties sur ce point, elle se voyait obligée d'annuler l'expertise et d'envisager d'autres mesures d'instruction.

54. Par courrier du 2 juillet 2020, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, et leur a communiqué le nom de l'expert, soit le docteur U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle a imparti aux parties un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

55. Le 7 juillet 2020, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR du même jour, a indiqué qu'il n'était pas opportun d'effectuer une expertise psychiatrique actuellement, l'assuré n'étant pas stabilisé sur le plan psychiatrique et présentant des risques hétéroagressifs. Le SMR recommandait de poursuivre l'instruction médicale.

56. Le 13 juillet 2020, l'assuré a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert. Les questions 14, 15 et 16 étaient par ailleurs trop dirigées.

57. Par ordonnance d'expertise du 20 août 2020 (ATAS/665/2020), la chambre de céans a annulé l'expertise du 19 décembre 2019 et mis en œuvre l'expertise psychiatrique.

58. Par courrier du 3 septembre 2020, le Dr U_____ a renoncé à son mandat d'expertise.

59. Par courrier du 1er octobre 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier l'expertise au docteur V_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle a imparti aux parties un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

60. Le 6 octobre 2020, l'assuré a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert.

61. Le 8 octobre 2020, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR du 6 octobre 2020, a indiqué n'avoir pas de questions complémentaires à poser à l'expert.

62. Par ordonnance d'expertise du 15 octobre 2020 (ATAS/866/2020), la chambre de céans a annulé les ordonnances d'expertise des 19 décembre 2019 et 20 août 2020 et mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique.

63. Par courrier du 3 décembre 2020, le Dr V_____ a renoncé à son mandat d'expertise, au motif que l'assuré figurait parmi les patients qu'il était chargé

d'évaluer périodiquement dans le cadre de son activité au service des mesures institutionnelles des HUG.

64. Par courrier du 7 décembre 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier l'expertise au docteur X_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle a imparti aux parties un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

65. Le 14 décembre 2020, l'assuré a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert.

66. Le 16 décembre 2020, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR du 15 décembre 2020, a indiqué qu'il n'avait ni motif de récusation, ni questions complémentaires à faire valoir.

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. 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).

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).

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.

5. 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.

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 celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA.

   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).

   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).

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 nouveau 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 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).

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. 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. 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 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).

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 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).

11. a. En l'espèce, le recourant est arrivé en Suisse le 16 septembre 2010. Les parties s'accordent sur le fait qu'il souffre de trois atteintes à la santé ayant une incidence sur sa capacité de travail, l'une cardiaque, l'autre psychiatrique et la troisième de nature neurologique. En revanche, elles s'opposent quant à la date de survenance de l'invalidité, étant précisé que selon le curriculum vitae du recourant, celui-ci a travaillé en France, semble-t-il sans discontinuer, de mai 1999 à octobre 2008, à l'exception de février 2001 et de janvier à mars 2002, ce qui semble établir l'existence d'une capacité de travail en tout cas jusqu'en octobre 2008.

L'intimé soutient que le recourant présentait déjà des complications graves de sa pathologie cardiaque en 2009, que l'atteinte neurologique est survenue en 2012 et n'entraînait pas de réelle diminution de sa capacité de travail et que ses troubles psychiques sont présents depuis 1999. Quant au recourant, il allègue que, bien qu'il souffre de troubles cardiaques depuis 2009, chacune des atteintes cardiaques est séparée par un laps de temps de plus d'une année et que depuis 2013, ses troubles sont compliqués de douleurs thoraciques oppressives continues. S'agissant des douleurs neurogènes, elles sont séquellaires à l'opération de février 2012 et sont continues. Quant au trouble psychotique, il n'est invalidant que depuis la première décompensation en juillet 2014, voire au plus tôt en 2013.

b. Par arrêt du 6 juin 2017, la chambre de céans a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire afin de déterminer si ces trois pathologies étaient incapacitantes et depuis quand, quelle a été l'évolution de l'incapacité de travail pour chacune d'entre elles et s'il existait pour chacune de ces pathologies des périodes de rémission permettant une activité professionnelle. Elle a considéré que les rapports médicaux au dossier ne permettaient pas de répondre à ces questions. L'intimé a requis deux nouveaux rapports médicaux de la Dresse B_____ et de la Dresse H_____.

Il ressort des rapports médicaux au dossier avant l'arrêt du 6 juin 2017 que le recourant présentait une incapacité de travail de 100 % depuis en tout cas 2014 pour l'affection psychique (rapport de la Dresse B_____ du 20 septembre 2016) et depuis le 10 février 2012 pour l'affection neurologique (lettre de transfert du service de neurochirurgie du 13 mars 2012). Toutefois, il n'était pas clair de savoir si les troubles psychiques existants avant cette date étaient déjà incapacitants à 100 % et depuis quand, étant précisé que dans le même rapport, la Dresse B_____ a expliqué qu'elle retrouvait dans le dossier du recourant la mention d'idées paranoïaques en 2010 et que lors de la reprise du suivi en 2014, il ne s'agissait plus d'idées paranoïaques, mais d'un trouble psychotique fixé et invalidant. À cet égard, dans son rapport du 15 juillet 2013, la Dresse C_____ n'a fait état d'aucun trouble

psychique tout en précisant qu'au plan thymique, le recourant semblait avoir bon moral, ce qui paraissait infirmer l'existence d'une incapacité de travail avant 2014 en lien avec un trouble psychique. La Dresse B_____ n'a pas davantage précisé si l'incapacité de travail de 100 % en lien avec l'affection neurologique avait persisté après la réévaluation par le service de neurorééducation, respectivement jusqu'à quand et si elle était déjà présente avant le 10 février 2012.

Par conséquent, il y a lieu d'examiner si les nouveaux rapports médicaux, respectivement les nouveaux avis du SMR répondent à ces questions et permettent de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

c. Dans son rapport du 21 février 2018, la Dresse B_____ précise que les douleurs de l'hémiface gauche quotidiennes et invalidantes sont secondaires à l'ablation du paragangliome en 2012 (février) qui s'est compliquée d'une lésion de multiples nerfs crâniens. Par conséquent, elle semble retenir la persistance d'une incapacité de travail en lien avec cette symptomatologie. Toutefois, elle ne quantifie pas l'incapacité de travail et surtout ne compare pas la situation avec celle existant avant l'opération, alors que le recourant souffrait déjà de céphalées handicapantes sans que l'on ne sache si elles étaient déjà incapacitantes en janvier 2011 lorsque les douleurs sont devenues plus intenses. S'agissant de la cardiopathie ischémique sévère, la Dresse B_____ a relevé qu'une incapacité de travail avait été posée à la suite d'une première série d'hospitalisations en 2009 (18 décembre) avec pose de quatre stents, puis pose d'autres stents en 2010 (14 décembre), 2011 (20 juin) et 2017 avec infarctus silencieux probables en 2012 et 2013. Toutefois, ni la Dresse B_____, ni aucun cardiologue n'évaluent la capacité de travail du recourant en lien avec cette affection, respectivement son évolution qui semble avoir été favorable de 2014 à 2016 en l'absence de nouvelles interventions. Enfin, s'agissant des troubles psychiatriques, elle précise que la symptomatologie délirante présente en 2013 était relativement bien compensée mais déjà fortement incapacitante pour une activité professionnelle et qu'elle a eu tendance à s'aggraver avec l'apparition d'un trouble du comportement et d'une agressivité entraînant une hospitalisation en décembre 2017. Cette précision semble confirmer l'existence d'une incapacité de travail importante déjà lors du début de son suivi le 1er novembre 2013. Toutefois, la Dresse B_____ ne précise pas quel a été 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 a débuté (estimant que le début de ses troubles psychiques est « non datable ») et quelle a été son évolution.

Dans son rapport du 22 mars 2018, la Dresse H_____ ne donne guère d'autres renseignements, si ce n'est que le recourant a subi une angioplastie le 16 novembre 2012. En revanche, à aucun moment dans son rapport, elle ne donne

de précisions sur la capacité de travail du recourant en lien avec les pathologies cardiaque, psychiatrique et neurologique.

Dans son avis du 19 juillet 2018, le SMR considère, sur la base du rapport de la Dresse B_____, que le début de l'incapacité de travail remonte 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 E_____) 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 confirme ses conclusions et précise que la schizophrénie est durablement et totalement incapacitante au vu des difficultés avec la réalité et des difficultés interpersonnelles qui en résultent. Toutefois, le SMR ne précise pas quel est le taux de l'incapacité de travail en 2009 due à la pathologie cardiaque, ni quelle a été l'évolution de cette incapacité de travail jusqu'à la date de la décision. Son appréciation de la capacité de travail concernant l'affection psychique est basée sur une simple hypothèse, qui est au demeurant démentie par les emplois occupés par le recourant de mai 1999 à octobre 2008. Enfin, le SMR ne se prononce pas davantage 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.

Par conséquent, une nouvelle fois, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, 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.

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert

(ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, au vu de l'absence de renseignements sur le taux de l'incapacité de travail, le début de celle-ci et son évolution concernant chacune des pathologies cardiaque, psychiatrique et neurologique, l'intimé aurait dû procéder à des investigations complémentaires au niveau médical, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que son instruction de l'état de fait est lacunaire. Au regard de cette situation, un renvoi à l'intimé serait justifié. Toutefois, afin d'éviter un retard supplémentaire dans la mise en œuvre d'une expertise, étant précisé que la demande de prestations date du 11 décembre 2013, la chambre de céans a 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 considère qu'une telle mesure, laquelle implique plusieurs déplacements hors du canton, ne se justifie plus. Cette appréciation est du reste partagée par les parties à la procédure. En pareille situation, la chambre de céans considère qu'il y a lieu d'annuler l'ordonnance du 19 décembre 2019 et d'ordonner une expertise psychiatrique, cas échéant sur dossier, afin de déterminer depuis quand dure l'incapacité de travail due à l'atteinte psychique et quelle a été son évolution. Ensuite de quoi, la chambre de céans se déterminera sur la suite à donner à la procédure.

14. Partant, la chambre de céans ordonne la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Celle-ci sera confiée au docteur X_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

* * * *

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

I. Annule les ordonnances d'expertise des 19 décembre 2019 (ATAS/1190/2019), 20 août 2020 (ATAS/665/2020) et 15 octobre 2020 (ATAS/866/2020).

II. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____. La confie au docteur X_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment la Dresse B_____, le CAPPI des Eaux-Vives (en particulier les Dresses E_____ et H_____), le service de psychiatrie adulte des HUG (en particulier les Drs Q_____, R_____ et S_____), le département de santé mentale et de psychiatrie (en particulier les Drs Y_____ et D_____), le Centre hospitalier Alpes-Léman (CHAL) en France et la Dresse G_____.

C. Si l'expert le juge utile, examiner l'assuré. Si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. En tout état, sur la base du dossier, établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée
2. Plaintes de la personne expertisée
3. Status et constatations objectives
4. Diagnostics selon la classification internationale

   Préciser quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne :
   a) dans l'activité habituelle ;
   b) dans une activité adaptée.

8. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent :

   a) dans l'activité habituelle ;

   b) dans une activité adaptée.

9. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, **au degré de la vraisemblance prépondérante** (soit avec une probabilité de plus de 50 %). Veuillez motiver votre réponse.

10. Détailler l'évolution du taux d'incapacité.

11. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

12. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

13. Préciser si la personne expertisée a présenté une période de rémission permettant une activité professionnelle. Préciser les dates de la ou des périodes de rémission.

14. Que pensez-vous de l'hypothèse du Dr D_____, selon laquelle l'assuré présente un trouble psychotique de longue date, avec des idées de type persécution depuis de longues années, mais en péjoration depuis 2014 (cf. lettre de sortie des HUG du 11 août 2014) ?

15. Que pensez-vous de l'appréciation de la Dresse E_____ selon laquelle l'incapacité de travail de 100 % était justifiée médicalement en tout cas depuis l'entrée de l'assuré dans les soins psychiatriques en juillet 2014 (cf. rapport du 28 avril 2015) ?

16. Êtes-vous d'accord avec la conclusion du SMR, selon laquelle l'atteinte psychiatrique, à savoir la schizophrénie paranoïde, est durablement et totalement incapacitante depuis l'âge de 29 ans (cf. avis du 15 octobre 2018) ?

17. Si oui, comment expliquez-vous que la personne expertisée ait pu exercer une activité lucrative jusqu'en octobre 2008, puis à nouveau de septembre à décembre 2010 ?

18. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | La présidente

Marie NIERMARÉCHAL | Eleanor McGREGOR

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties le