RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3996/2018 **ATAS/610/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 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 rue des Gares 12, GENÈVE — intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant français né le _____ 1970, est venu en Suisse en 2008, où il a séjourné illégalement. En 2010, il a obtenu une autorisation de séjour, attestant d'une arrivée en Suisse le 16 septembre 2010.

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. En août 2011, il a travaillé pour la Fondation culturelle B_____. De janvier 2011 à décembre 2012, il a travaillé pour son compte.

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

b. Le 15 juillet 2014, l'assuré s'est présenté aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il a été hospitalisé jusqu'au 28 juillet 2014, en raison d'une décompensation psychotique. D'après la lettre de sortie du 11 août 2014, l'assuré aurait fait un voyage pathologique à Londres. Lorsqu'il s'était présenté aux urgences, il avait des idées délirantes et des hallucinations (auditives et visuelles). Malgré une évolution globalement favorable, il persistait en fin d'hospitalisation un fond délirant avec la conviction d'être victime d'un complot (lettre de sortie du 11 août 2014 du docteur C_____, chef de clinique au service de psychiatrie générale des HUG).

L'assuré a été à nouveau hospitalisé en décembre 2017 en raison de troubles du comportement et propos agressifs (cf. lettre de sortie du 26 janvier 2018 des docteurs D_____ et E_____), en septembre 2019 en raison d'une décompensation psychotique sur rupture de traitement (cf. lettre de sortie du 31 octobre 2019 des docteurs F_____ et G_____) et en avril 2020 en raison d'un comportement hétéro-agressif (propos insultants, menaçants, délirants, crachats et agressivité envers ses soignants et des patients ; lettre de sortie du 6 mai 2020 des Drs H_____ et I_____).

c. Il est sous curatelle de représentation et de gestion depuis le 27 avril 2020 (cf. ordonnance du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant du 27 avril 2020).

B. a. 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.

Dans le cadre de la procédure, l'OAI a notamment recueilli des rapports de la doctoresse J_____, cheffe de clinique auprès du service de médecine

communautaire et des premiers recours des HUG des 13 janvier 2014 et 17 octobre 2014 ; de la doctoresse K_____, médecin adjoint au centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, du 15 juillet 2013 ; de la consultation ambulatoire de cardiologie des HUG du 26 février 2013 ; de la doctoresse L_____, médecin interne au Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI), des 28 novembre 2014 et 28 avril 2015 ; du Dr C_____ du 11 août 2014 et du docteur M_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, du 17 mars 2015.

b. 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 L_____ du 28 novembre 2014 qui retenait un diagnostic incapacitant de schizophrénie paranoïde depuis 2010.

c. 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'assurance-invalidité (ci-après : AI), une rente ne pouvait lui être versée que depuis le 1er juin 2014.

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'assurance requises lors de la survenance du cas d'assurance.

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.

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

C. Dans le cadre de la procédure du recours formé le 8 juillet 2016 contre ladite décision, l'assuré a produit un nouveau rapport de la Dresse J_____ du 20 septembre 2016.

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.

D. a. Saisi sur renvoi de la chambre de céans, l'OAI a recueilli un nouveau rapport de la Dresse J_____ du 21 février 2018 et un rapport de la doctoresse N_____, médecin interne au CAPPI, du 22 mars 2018.

b. Dans un avis du 19 juillet 2018, le SMR a considéré, sur la base du dernier rapport de la Dresse J_____, 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 J_____, 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 du 11 août 2014 (Dr C_____) 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.

c. 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'assurance requises lors de la survenance du cas d'assurance.

Après avoir reçu les objections de l'assuré, le SMR a précisé, dans un nouvel avis du 15 octobre 2018, 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.

d. 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.

E. a. Par acte du 14 novembre 2018, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. 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 (première hospitalisation de l'assuré), 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.

L'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique par décisions de la Vice-présidence du Tribunal civil des 22 novembre 2018 et 3 mai 2021.

b. 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.

c. Dans sa réplique du 21 janvier 2019, l'assuré 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.

d. Les parties ont persisté dans leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures, l'assuré sollicitant notamment l'audition de la Dresse J_____.

e. Par ordonnance du 19 décembre 2019 (ATAS/1190/2019), la chambre de céans a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la Swiss Medical Expertise (ci-après : SMEX), à Neuchâtel. 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.

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. 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. Par pli 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. 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.

f. Le 26 mai 2020, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties.

g. Par ordonnance d'expertise du 11 janvier 2021 (ATAS/7/2021), la chambre de céans, annulant les ordonnances d'expertise des 19 décembre 2019, 20 août 2020 et 15 octobre 2020, a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr O_____ a rendu son rapport d'expertise le 18 février 2021, après avoir recueilli de nombreux documents ne figurant pas déjà au dossier, soit des rapports du service de médecine de premier recours des HUG des 8 avril 2010 (consultation de la doctoresse P_____), 22 septembre 2010 (consultation du docteur Q_____) et 20 octobre 2010 (consultation de la Dresse P_____), une feuille de synthèse de la Dresse P_____ du 23 juin 2010, un rapport d'examen neuropsychologique du service de neurorééducation des HUG du 20 avril 2012, une expertise psychiatrique de la doctoresse R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 29 mai 2017, des lettres de sortie des HUG des 26 janvier 2018 et 31 octobre 2019, un jugement du Tribunal de police du 24 août 2018 et des expertises psychiatriques du docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, des 28 mai 2018, 23 septembre 2019 et 9 décembre 2020.

Dans son rapport, l'expert a retenu que l'assuré souffrait d'un trouble schizoaffectif, type bipolaire, continu (F25.0) depuis l'âge de ses 29 ans. Ce trouble psychiatrique était chronique, en voie d'aggravation, et était de degré grave. Il était associé à des troubles psychotiques sous forme d'un délire de persécution. Au degré

de la vraisemblance prépondérante, l'incapacité de travail totale et durable datait depuis au moins mai 2008, voire 2005, suite à la perte du dernier emploi lucratif en France. Dans tous les cas, l'incapacité de travail totale était antérieure à l'arrivée déclarée de l'assuré en Suisse. Aucune rémission permettant le recouvrement d'une véritable capacité de travail n'était à signaler depuis son arrivée en Suisse. L'état psychique de l'assuré, mentionné dans les rapports de 2010, n'était pas compatible avec une capacité de travail dans l'économie du marché.

h. Le 16 mars 2021, l'OAI, se référant à l'avis du SMR du 11 mars 2021, a persisté dans ses conclusions, relevant que l'expert avait confirmé les éléments sur la base desquels la décision litigieuse avait été rendue, à savoir que les conditions d'assurance pour le droit à une rente ordinaire n'étaient pas remplies dans la mesure où la survenance de l'invalidité remontait à une date antérieure à l'entrée en Suisse de l'assuré. Dans son avis médical, le SMR a notamment relevé que l'expertise était convaincante. Une analyse détaillée du dossier médical, de l'anamnèse auprès des divers intervenants avait été effectuée et avait permis à l'expert d'apporter des conclusions précises. La pathologie psychiatrique grave de l'assuré, présente le plus vraisemblablement depuis l'âge adulte, s'était aggravée progressivement, entraînant une incapacité de travail durable depuis au moins 2008, voire depuis 2005.

i. Par écriture du 31 mars 2021, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Le contenu de l'expertise du Dr O_____, inutilement prolixe, était contradictoire et lacunaire. Il convenait donc de s'écarter de ses conclusions. L'expert s'était contenté de compiler les différents rapports médicaux, sans les commenter. L'anamnèse était confuse et lacunaire. L'expertise ne contenait aucune partie consacrée à une discussion générale du cas, de sorte que l'on ignorait tout des éléments pertinents pris en compte par l'expert pour l'établissement du diagnostic retenu et l'évaluation de la capacité de travail. Même si, compte tenu de son état de santé, il était difficile de le rencontrer, l'expertise aurait dû être effectuée sur la base d'une consultation personnelle. Par ailleurs, l'expertise avait été rendue sans connaissance du rapport d'expertise psychiatrique prononcé dans le cadre de la procédure pénale ouverte à l'encontre de l'assuré du 28 mai 2018 (produite en annexe aux observations). L'expert ne distinguait pas la notion de survenance des atteintes psychiatriques de celle du début de l'incapacité durable de travail. Or, une telle distinction était primordiale. Par ailleurs, la conclusion de l'expert quant au début de l'incapacité de travail durable en mai 2008 ne reposait sur aucune pièce et n'était aucunement étayée. Au demeurant, en plus de l'atteinte psychiatrique, l'assuré souffrait d'une pathologie neurologique et somatique, ainsi que de troubles cardiaques. Chacune de ces trois pathologies était en soi invalidante et chacune était survenue après l'arrivée en Suisse de l'assuré.

j. Invité par la chambre de céans, le Dr O_____ a transmis les documents médicaux sur lesquels il s'est fondé pour la réalisation de son expertise et qui ne figuraient pas au dossier.

k. L'assuré a persisté dans ses conclusions par écritures des 16 avril et 11 mai 2021.

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. a. En vertu de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

   b. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la durée minimale de cotisation lors de la survenance de l'invalidité, il y a lieu d'appliquer celle de trois ans pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la survenance de l'invalidité est intervenue à compter du 1er janvier 2008, et celle d'un an pour les

nouvelles rentes d'invalidité déduites d'une survenance d'invalidité antérieure à cette date-ci (ATAS/786/2016 du 4 octobre 2016 consid. 2c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 6 ; ch. 3003 de la Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [CIBIL] ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1231).

Pour les ressortissants suisses et ceux des États de l'UE et de l'AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège), l'examen de la durée minimale de cotisation dans l'AI peut impliquer la prise en compte des périodes de cotisations accomplies dans l'un ou plusieurs de ces États. Il faut commencer par vérifier si la durée minimale de cotisation de trois ans est remplie au moyen des périodes d'assurance suisses (la durée de trois années entières étant réputée remplie si la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux ans et onze mois) ; si cette durée minimale n'est pas remplie au moyen des périodes d'assurance suisses, il faut tenir compte des périodes de cotisations accomplies dans les États de l'UE ou de l'AELE, mais il faut que la durée de cotisation en Suisse soit au moins d'une année pour qu'une rente ordinaire d'invalidité puisse être octroyée (ch. 3005 CIBIL).

La condition de la durée minimale de cotisation ouvrant doit à la rente doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité (ch. 3004 CIBIL). Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'intéressé ; il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et il ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance (ATF 126 V 157 consid. 3a ; ATF 118 V 79 consid. 3a et les références ; ATF 103 V 130 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1232). La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est ainsi réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n. 1028).

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).

e. Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f).

f. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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, à teneur de son permis de séjour, le recourant est arrivé en Suisse le 16 septembre 2010. Pour les raisons déjà évoquées dans l'ATAS/449/2017 du 6 juin 2017 (consid. 7b), il ne serait possible de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité que pour des invalidités survenues avant le 16 septembre 2011.

    b. Les parties s'accordent sur le fait que le recourant 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 et qu'en Suisse, il a été agent de sécurité dans une bijouterie du 17 septembre au 24 décembre 2010, puis a travaillé pour son compte de janvier 2011 à décembre 2012.

    Devant la chambre de céans, 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. Le recourant allègue quant à lui 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.

    c. 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. Il ressortait notamment du rapport de la Dresse J_____ du 20 septembre 2016 que le recourant présentait une incapacité de travail de 100 % depuis en tout cas 2014 pour l'affection psychique. Toutefois, il n'était pas clair de savoir si les troubles psychiques existant avant cette date étaient déjà incapacitants à 100 % et depuis quand, étant précisé que dans le même rapport, la Dresse J_____ avait 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. La Dresse K_____ n'avait pour sa part 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 (rapport du 15 juillet 2013).

À la suite de cet arrêt de renvoi, l'intimé a recueilli deux nouveaux rapports médicaux, soit un rapport du 21 février 2018 de la Dresse J_____ et un rapport du 22 mars 2018 la Dresse N_____, ainsi qu'un nouvel avis du SMR du 19 juillet 2018.

Dans son rapport du 21 février 2018, la Dresse J_____ a précisé que les douleurs de l'hémiface gauche quotidiennes et invalidantes étaient secondaires à l'ablation du paragangliome en 2012 (février) qui s'est compliquée d'une lésion de multiples nerfs crâniens. Par conséquent, elle semblait retenir la persistance d'une incapacité de travail en lien avec cette symptomatologie. Toutefois, elle n'a pas quantifié l'incapacité de travail et surtout n'a pas comparé 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 J_____ 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 J_____, ni aucun cardiologue n'évaluaient la capacité de travail du recourant en lien avec cette affection, respectivement son évolution qui semblait avoir été favorable de 2014 à 2016 en l'absence de nouvelles interventions. Enfin, s'agissant des troubles psychiatriques, elle a précisé que la symptomatologie délirante présente en 2013 était relativement bien compensée mais déjà fortement incapacitante pour une activité professionnelle et qu'elle avait eu tendance à s'aggraver avec l'apparition d'un trouble du comportement et d'une agressivité entraînant une hospitalisation en décembre 2017.

Dans son rapport du 22 mars 2018, la Dresse N_____ n'a guère donné d'autres renseignements, si ce n'est que le recourant avait subi une angioplastie le 16 novembre 2012.

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

cardiaque, ni quelle a été l'évolution de cette incapacité de travail jusqu'à la date de la décision.

d. Dans l'ordonnance d'expertise du 11 janvier 2021 (ATAS/7/2021), la chambre de céans a relevé que les nouveaux documents apportés par l'intimé, en particulier le rapport du 21 février 2018 de la Dresse J_____, semblaient confirmer l'existence d'une incapacité de travail importante déjà lors du début de son suivi le 1er novembre 2013. Toutefois, la Dresse J_____ n'avait pas précisé quel était le taux de l'incapacité de travail en lien avec ledit trouble depuis cette date jusqu'à la péjoration existant depuis mai 2014, ni à quelle date l'incapacité de travail avait débuté (estimant que le début de ses troubles psychiques est « non datable »), et quelle avait été son évolution. Quant à l'avis du SMR du 19 juillet 2018, la chambre de céans a relevé que son appréciation de la capacité de travail concernant l'affection psychique était basée sur une simple hypothèse, qui était au demeurant démentie par les emplois occupés par le recourant de mai 1999 à octobre 2008. Par ailleurs, le SMR ne s'était pas davantage prononcé sur le caractère incapacitant des troubles neurologiques avant l'intervention de février 2012, ni sur l'évolution de la capacité de travail en lien avec ces troubles jusqu'à la date de la décision.

Ainsi, en l'absence des précisions requises dans l'arrêt de renvoi du 6 juin 2017 sur le taux de l'incapacité de travail, le début de celle-ci et son évolution concernant chacune des pathologies cardiaque, psychiatrique et neurologique, la chambre de céans a considéré qu'elle n'était toujours pas en mesure de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Afin d'éviter un retard supplémentaire dans la mise en œuvre d'une expertise, étant précisé que la demande de prestations datait du 11 décembre 2013, la chambre de céans avait, dans un premier temps, considéré qu'il convenait d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire, ce qu'elle a fait par ordonnance du 19 décembre 2019 (ATAS/1190/2019). Le recourant ne s'est toutefois pas présenté aux différentes convocations au centre d'expertise à Neuchâtel, ni rempli les documents requis par ledit centre. Compte tenu des difficultés du recourant pour se déplacer à Neuchâtel et de son état de santé actuel, en particulier sur le plan psychique, la chambre de céans a considéré qu'une telle mesure, laquelle impliquait plusieurs déplacements hors du canton, ne se justifiait plus. Cette appréciation était du reste partagée par les parties à la procédure. En pareille situation, la chambre de céans a considéré qu'il y avait lieu d'annuler l'ordonnance du 19 décembre 2019 et d'ordonner une expertise psychiatrique, cas échéant sur dossier, afin de déterminer depuis quand durait l'incapacité de travail due à l'atteinte psychique et quelle avait été son évolution.

e. Après avoir confié la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique à deux experts successifs spécialistes en psychiatrie, lesquels ont fini par renoncer à leur mandat, la chambre de céans a mandaté le Dr O_____. Dans son rapport du 18 février 2021, l'expert judiciaire a retenu le diagnostic de trouble schizoaffectif, type bipolaire, continu (F25.0), de degré grave, associé à des troubles psychotiques sous forme d'un délire de persécution ainsi que d'hallucinations acoustiques et visuelles

qui impactent fortement le fonctionnement global de l'assuré dans tous les domaines de la vie. Ce trouble empêche toute capacité de travail dans une activité, habituelle ou adaptée, depuis au moins mai 2008, à la suite de la perte du dernier emploi lucratif en France. Dans tous les cas, elle est antérieure à l'arrivée déclarée en Suisse.

Cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse détaillée, des extraits des rapports médicaux, le résultat des investigations, un diagnostic clair et une critique étayée des appréciations des différents médecins ayant examiné l'intéressé. L'expert a pris contact avec les curateurs ancien et actuel du recourant, ses médecins traitants anciens et actuels, ainsi que les médecins ayant examiné l'assuré. Il a recueilli plusieurs expertises, rapports médicaux, ainsi que des rapports du service de médecine de premier recours datant de 2010 qui ne figuraient pas au dossier. Tenant compte de toutes ces informations, il a pu apporter des conclusions précises et bien motivées.

f. Les critiques émises par le recourant à l'encontre de l'expertise judiciaire ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de celle-ci.

Le recourant critique en premier lieu l'absence d'examen clinique par l'expert judiciaire. Or, du propre aveu de son mandataire, le recourant était difficilement atteignable (cf. écriture du recourant du 31 mars 2021 n. 24). Il ne s'est d'ailleurs pas présenté aux différentes convocations du centre d'expertise à Neuchâtel dans le cadre de la première expertise pluridisciplinaire ordonnée par la chambre de céans le 19 décembre 2019. Il n'a pas non plus rempli les formulaires requis par ledit centre. L'intéressé présente en outre des risques hétéro-agressifs ayant conduit l'intimé à s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Par ailleurs, dans le cadre de son mandat, le Dr O_____ s'est fondé sur les expertises récentes du Dr S_____ des 28 mai 2018, 23 septembre 2019 et 9 décembre 2020, ainsi que sur celle du Dr R_____ du 29 mai 2017, qui ont été rendues à la suite d'entretiens avec l'assuré et sans qu'une modification essentielle de sa situation médicale soit intervenue depuis. Or, dans ces conditions et au vu de la jurisprudence précitée, une expertise psychiatrique sur dossier est exceptionnellement admissible. Au demeurant, la chambre de céans ne voit pas quels éléments pourraient apporter un examen clinique pour l'appréciation du cas du recourant, en particulier s'agissant de la question de la survenance de son invalidité. Il n'est en effet pas contesté qu'en l'état actuel, et depuis déjà plusieurs années (d'après le recourant depuis 2014 et d'après l'intimé depuis avant 2010), le recourant présente une invalidité entière.

Ensuite, en tant qu'il reproche à l'expert judiciaire d'avoir rendu son rapport sur la base d'un dossier lacunaire, soit en l'absence de l'expertise des Drs T_____ et S_____ du 28 mai 2018, son grief doit être rejeté. Il ressort au contraire de l'expertise judiciaire que le rapport de ces deux experts du 28 mai 2018 a été résumé par le Dr O_____ (cf. expertise judiciaire, p. 22) et qu'il s'y réfère dans ses précisions diagnostiques (cf. expertise judiciaire, p. 48), en particulier s'agissant

de la baisse de thymie. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise des Drs T_____ et S_____ du 28 mai 2018 ne permet pas de retenir que son incapacité durable de travail date de 2014. L'épisode du 16 juillet 2014 est certes l'antécédent médical le plus ancien mentionné par les experts dans leur rapport du 28 mai 2018. On précisera néanmoins que, dans son expertise du 9 décembre 2020, le Dr S_____ a tout de même retenu qu'il était probable, à la lecture de l'anamnèse de l'expertisé, que celui-ci ait commencé à souffrir de troubles psychiques bien antérieurement à sa venue en Suisse (expertise du 9 décembre 2020, p. 4). Quoi qu'il en soit, il n'est pas inutile de relever que la mission des experts consistait, dans le cadre d'une procédure pénale, à décrire l'état physique et mental du recourant, en particulier à déterminer sa capacité à apprécier le caractère illicite de ses actes. Il n'était pas demandé aux experts de déterminer la date de survenance de son invalidité.

Or, sur ce point, le Dr O_____ a expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles l'incapacité de travail de l'assuré était entière bien avant 2014. Il a relevé que l'état psychique mentionné dans les rapports médicaux datant de 2010 n'était pas compatible avec une capacité de travail dans l'économie du marché. Depuis avril 2010, il y avait des constatations objectives par des médecins relevant de troubles psychotiques paranoïdes (cf. feuille de synthèse de la Dresse P_____ du 23 juin 2010 ; rapports de la Dresse P_____ des 8 avril 2010 et 20 octobre 2010 et du Dr Q_____ du 22 septembre 2010). D'après l'expert, de tels troubles, caractérisés par la présence d'un délire et d'hallucinations, étaient fortement incapacitants pour toute activité lucrative au contact avec autrui. Il était peu probable que ces troubles soient compatibles avec une activité durable. L'expert a retenu que les premiers symptômes psychiques majeurs auraient commencé en 2005, comme cela ressortait de l'expertise du Dr S_____ du 9 décembre 2020, étant précisé que, déjà à l'âge de 29 ans (soit en 1999) l'assuré avait rencontré des limitations fonctionnelles psychiques importantes. La précarité depuis 2005 renforçait l'impression que la décompensation psychique majeure datait au moins depuis cette période. Depuis 2005, la baisse de capacité de travail du recourant avait induit des limitations fonctionnelles ayant restreint le spectre des activités possibles, d'abord à une activité nocturne avec un minimum de contacts sociaux, puis à des emplois précaires, ou dans un cadre protégé. La seule activité déclarée en Suisse en tant qu'agent de sécurité n'avait duré que treize semaines. Prenant en compte les deux périodes de travail lucratif depuis 2005, le recourant n'avait travaillé que cinq mois en l'espace de cinq ans. L'arrivée peu motivée en 2008 en Suisse, pays avec lequel l'assuré n'avait aucun lien ni perspective, avec comme but de survie en tant que sans domicile fixe, constituait un acte de désespoir, soit une fugue pathologique. Les circonstances de la venue en Suisse en 2008 orientaient fortement vers une atteinte psychiatrique morbide. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'expert a retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail durable du recourant datait depuis au moins le mois de mai 2008, à la suite de son dernier emploi lucratif en France, voire même depuis

2005. Une telle analyse est convaincante et ne saurait être remise en cause, pour les motifs déjà évoqués, par le seul fait que l'intéressé a travaillé en 2010 en qualité d'agent de sécurité durant treize semaines, étant précisé que selon le Dr S_____ la perte de son travail était due à sa pathologie psychique (cf. expertise du Dr S_____ du 9 décembre 2020, p. 4). Au demeurant, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. écriture du recourant du 11 mai 2021), le Dr O_____ a tenu compte des rapports médicaux des Drs J_____, L_____ et C_____, dont les avis ont été résumés et appréciés. Il a du reste rejoint l'avis du Dr C_____, selon lequel le recourant présente un trouble psychotique de longue date, ses premières idées de type persécution ayant été présentes au début de son âge adulte. Si l'expert s'écarte de l'avis du Dr C_____ s'agissant d'une péjoration de l'état de santé psychique du recourant en 2014, il en a dûment expliqué les raisons, comme on l'a vu. L'avis de l'expert rejoint également celui de la Dresse L_____, sur lequel s'est fondé l'intimé pour refuser le droit aux prestations, selon laquelle le discours de l'assuré avec des idées délirantes date depuis au moins 2010.

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire, laquelle est probante, doivent être suivies, de sorte qu'il convient de retenir que l'incapacité de travail durable du recourant date depuis au moins le mois de mai 2008. Partant, lors de la survenance de l'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, le recourant ne pouvait justifier d'une durée de cotisation d'une année. Au demeurant, dans la mesure où l'incapacité de travail était totale avant l'arrivée du recourant en Suisse, sans que le recourant n'ait recouvré une capacité de travail, même partielle, depuis, point n'est besoin d'examiner depuis quand date l'incapacité de travail en raison de la pathologie cardiaque et des troubles neurologiques.

La décision de l'intimé, en tant qu'elle refuse au recourant tout droit à une rente d'invalidité, est dès lors bien fondée.

12. Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours.

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

* * * * * *

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 la perception d'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
Marie NIERMARÉCHAL	Eleanor McGREGOR

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