

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/381/2023

ATAS/1035/2023

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 décembre 2023

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est un ressortissant espagnol né en _____ 1977.
 - b.** Il est arrivé à Genève le _____ 2018 en provenance d'Espagne.
 - c.** L'assuré est marié depuis le _____ 2018 et père de deux enfants, B_____ et C_____, nés respectivement en _____ 2017 et en _____ 2022.
 - d.** En novembre et décembre 2019, il a travaillé pour D_____ SA en qualité de nettoyeur, à un taux de 20%.
- B.**
- a.** Le 25 mai 2021, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) d'une demande de prestations, en raison d'un trouble bipolaire de type II, existant depuis 2000 mais diagnostiqué autour de 2013.
 - b.** L'OAI a rassemblé divers rapports médicaux, en particulier ceux de la docteure E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, des 8 juillet 2021, 17 décembre 2021, 15 juillet 2022 et 15 septembre 2022, ainsi que plusieurs rapports rédigés en espagnol, et les a soumis à son service médical régional (ci-après : le SMR), lequel a considéré, dans un avis du 31 octobre 2022, sous la plume du docteur F_____, que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis 2000 en raison d'un trouble affectif bipolaire, avec épisode actuel de dépression légère ou moyenne (F31.3), associé à une anxiété généralisée (F41.1), les limitations fonctionnelles étant une intolérance au stress, une résistance psychique nulle en cas de défis professionnels, une intolérance à l'échec avec une perte de confiance en soi et une méfiance transitoire.
 - c.** Par projet de décision du 9 novembre 2022, confirmé par décision du 4 janvier 2023, l'OAI a considéré que l'assuré, dont le statut était celui d'actif, était totalement incapable de travailler depuis 2000. À la fin du délai d'attente d'un an, soit en 2001, il présentait un degré d'invalidité de 100%, ce qui lui aurait donné droit à une rente entière d'invalidité. Cependant, dans la mesure où, lors de la survenance de l'invalidité, il ne remplissait pas les conditions d'assurance, soit un an de cotisations, le droit à une rente d'invalidité ordinaire ne pouvait lui être reconnu.
- C.**
- a.** Le 3 février 2023, l'assuré, agissant en personne, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision du 4 janvier 2023, contestant être en incapacité totale de travailler depuis 2000, l'aggravation de son état de santé étant survenue après son arrivée en Suisse.
 - b.** L'OAI a répondu le 28 février 2023, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant au rapport de la Dre E_____

du 15 septembre 2022, dans lequel ce médecin avait expliqué que le recourant présentait plusieurs épisodes dépressifs sévères par année, depuis l'an 2000.

c. Par réplique du 23 mars 2023, le recourant a relevé que le bref rapport de la Dre E_____ du 15 septembre 2022 était erroné dans la mesure où il n'avait pas souffert de plusieurs épisodes dépressifs sévères par année, mais de deux épisodes, le premier au début des années 2000 et le second en 2010, comme cela ressortait du rapport de sortie de l'Hôpital G_____, daté du 19 décembre 2019. Par ailleurs, il avait toujours travaillé durant sa vie d'adulte, hormis pendant les deux épisodes dépressifs précités. Le recourant relevait également, pièce à l'appui, que le gouvernement catalan avait évalué son niveau de handicap à 46% en raison d'un trouble bipolaire, pour lequel un suivi avait commencé en août 2015. Enfin, dans son rapport du 8 juillet 2021, la Dre E_____ mentionnait une incapacité de travail de 50%, portée par la suite à 100% en raison de l'apparition d'une nouvelle pathologie, soit un trouble de l'anxiété, comme cela ressortait du rapport de ce médecin du 17 décembre 2021. Par conséquent, l'intimé ne pouvait remettre en question ces deux avis médicaux, ni le « rapport national de vie professionnelle ».

d. Par duplique du 18 avril 2023, l'OAI a persisté dans ses précédentes conclusions, en se référant à un avis du SMR du 17 avril 2023, dans lequel ce service a considéré que la Dre E_____ avait confirmé, dans son rapport du 15 septembre 2022, le début de l'incapacité de travail en 2000, en se fondant sur l'anamnèse.

e. Par courrier du 20 mars 2023 adressé au SMR mais transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence, la Dre E_____ a sollicité la réalisation d'une expertise psychiatrique pour statuer sur l'évolution de la capacité de travail du recourant.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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.

2.1 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.

2.2 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, la décision querellée, datée du 4 janvier 2023, a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en mai 2021 et le délai d'attente d'une année venant à échéance à une date inconnue mais vraisemblablement antérieure au dépôt de la demande, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait avant le 1^{er} janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 4 janvier 2023 de rejeter la demande de prestations du recourant, au motif qu'il ne remplissait pas les conditions d'assurance, singulièrement sur la valeur probante des divers rapports au dossier.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail

équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, *Éxigibilité - La question des ressources mobilisables*, in RSAS 2019, p. 60).

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. 28 al. 2 LAI).

6.2 Les atteintes à la santé mentale ou psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Par atteinte à la santé mentale ou psychique au sens juridique de l'expression, il faut entendre toute perturbation des facultés intellectuelles et affectives qui entravent d'une manière permanente ou pour assez longtemps la capacité de gain ou de travail de l'assuré (Michel VALTERIO, *Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)*, 2018, n° 8 *ad Art*, 4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

7.

7.1 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, étant précisé que jusqu'au 31 décembre 2007, seule une année de cotisations était nécessaire.

La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449 ; voir également ch. 4205 de la directive sur les rentes [ci-après : DR]).

S'agissant de la durée minimale de cotisations 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 1^{er} 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 [ci-après : CIBIL] ; Michel VALTERIO, *op. cit.*, n. 1231).

7.2 L'art. 36 al. 2 LAI prévoit que la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) est applicable par analogie au calcul des rentes ordinaires.

Aux termes de l'art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), applicable à la fixation de la durée minimale de cotisations selon les art. 36 al. 2 LAI et 32 al. 1 RAI (ATF 125 V 255), une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS (assurance facultative) pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale, soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 29ter al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (art. 29ter al. 2 let. c LAVS).

7.3 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 cotisations peut impliquer la prise en compte des périodes de cotisations accomplies dans l'un ou plusieurs de ces États.

Ainsi, pour l'examen – dans un cas particulier – de la durée minimale de cotisations, la procédure à suivre est la suivante (ch. 3004 DR, état au 1^{er} janvier 2023 ; ch. 3005 CIBIL, Accords bilatéraux Suisse-UE Convention AELE, état au 1^{er} janvier 2022) :

1. il faut vérifier si la durée minimale de cotisations de trois années est remplie au moyen des périodes d'assurance suisses. La durée de trois années entières est remplie si une personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total.
2. Si la durée minimale de cotisations de trois années n'est pas remplie par le truchement de périodes d'assurance suisses, il importe, pour les citoyens suisses ou les ressortissants d'un État de l'UE ou de l'AELE, de tenir compte

des périodes de cotisations accomplies au sein d'un État de l'UE ou de l'AELE.

3. Si la durée minimale de cotisations de trois années est remplie grâce à la prise en compte de périodes d'assurance accomplies dans un État de l'UE ou de l'AELE, mais que la durée de cotisations en Suisse est inférieure à une année, aucune rente ordinaire suisse de l'AI ne peut être versé.

Une demande de rente de l'AVS ou de l'AI déposée en Suisse alors que la personne ne compte pas au moins une année entière de cotisations au sens de l'art. 29, al. 1, LAVS est rejetée par une décision correspondante, avec mise en œuvre de la procédure interétatique (ch. 4011 CIBIL).

7.4 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, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. 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 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 (ATF 126 V 5 consid. 2b et la référence).

S'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance est réputé survenu au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^{ème} anniversaire (circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales, dans son état au 1^{er} janvier 2021 [ci-après : CIIAI], ch. 1030 et les références). 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 ex. lors d'une demande tardive (CIIAI, ch. 1034).

La CIIAI a été abrogée et remplacée, dès le 1^{er} janvier 2022, par la circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI).

8.

8.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable, en tenant compte

des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

8.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

8.3 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.

8.3.1 Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet, peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà

existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

8.3.2 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

8.3.3 Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

9.

9.1 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).

9.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9.3 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 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).

10.

10.1 À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que pour que le recourant ait droit à une rente ordinaire, il doit compter, lors de la survenance de l'invalidité, trois années au moins de cotisations, dont une au moins en Suisse. L'invalidité survient au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins.

La question qui se pose est, dès lors, celle de savoir quand l'invalidité du recourant est survenue, car c'est à cette date que celui-ci doit compter trois années au moins de cotisations, versées par lui-même ou par son conjoint, étant précisé que des cotisations doivent avoir été payées en Suisse pendant au moins onze mois.

10.2 En l'espèce, se fondant sur l'avis de son SMR du 31 octobre 2022, l'OAI a considéré que le recourant était totalement incapable de travailler depuis 2000. À l'échéance du délai d'attente d'un an, en 2001, soit lors de la survenance de l'invalidité, le recourant ne pouvait pas justifier d'une année de cotisations en Suisse, de sorte que les conditions d'assurance ne sont pas remplies.

De son côté, le recourant invoque, en se référant aux rapports en espagnol de l'Hôpital G_____ du 19 décembre 2016, dont la traduction en français a été produite sous pièce 1, recourant, une incapacité de travail partielle dès 2016 et totale après son arrivée en Suisse.

10.3 À titre liminaire, il sied de relever que l'avis du SMR du 31 octobre 2022 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI précité et qu'il a pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Il ne peut comporter des conclusions nouvelles. Il convient donc d'examiner, en premier lieu, la cohérence de l'avis du SMR, lequel porte une appréciation sur la situation médicale du recourant compte tenu, essentiellement, des conclusions de la Dre E_____ des 8 juillet 2021, 17 décembre 2021, 15 juillet 2022 et 15 septembre 2022.

La Dre E_____, psychiatre traitante du recourant, a établi son premier rapport à l'attention de l'OAI en date du 8 juillet 2021. Elle y a évoqué les diagnostics suivants : F31.3 (trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne), F41.1 (anxiété généralisée), Z56.0 (chômage, sans précision) et Z60.3 (difficultés liées à l'acculturation) et a considéré que la capacité de travail de son patient oscillait entre 0% et 50% selon les fluctuations thymiques. Dans ce premier rapport, elle a décrit les antécédents psychiques comme suit :

- 2000 : épisode dépressif, d'une durée de sept mois, suivi d'une phase maniforme ;
- 2001 : première crise d'anxiété intense durant les années d'études ;
- 2003 : épisode maniforme, avec trois mois de durée de production élevée (à l'université de droit) ;
- 2010 : deuxième épisode dépressif ;
- 2014 : début du suivi en Espagne dans un contexte d'épisode mixte, suivi de deux épisodes maniformes avec augmentation du dynamisme et de l'estime de soi, insomnie sans fatigue ;
- 2016 : hospitalisation de deux semaines en Espagne, dans un contexte de rupture de suivi et traitement, pour un épisode maniaque, avec des symptômes psychotiques ;
- 2018 : état dépressif sévère, dans un contexte d'épuisement professionnel ;
- 2021 : début de suivi à Genève, avec diagnostic de trouble anxieux généralisé.

Le 17 décembre 2021, la Dre E_____ a établi un deuxième rapport à l'attention de l'OAI. Elle y a précisé qu'aucune activité professionnelle n'était exigible, l'état psychique du recourant se péjorant dès qu'un nouvel élément de stress, tel que par exemple la demande AI, était rajouté.

Dans un troisième rapport, daté quant à lui du 15 juillet 2022, la Dre E_____ a évoqué une thymie stabilisée depuis avril 2022, suite à l'introduction d'un traitement antidépresseur. La capacité de travail était malgré tout nulle et ce de longue date, l'assuré étant incapable de s'adapter à un nouvel environnement professionnel avec des exigences de rendement, organisation, régularité.

À la demande du SMR, qui souhaitait connaître l'évolution de la capacité de travail depuis l'an 2000, la Dre E_____ a expliqué, dans un bref rapport du 15 septembre 2022, que selon l'anamnèse, depuis 2000, le recourant présentait plusieurs états dépressifs sévères par année, sans avoir un suivi spécialisé jusqu'en 2012. Le suivi avait permis une stabilisation psychique partielle, sans changement de la capacité de travail et du rendement, lesquels étaient nuls.

Force est ainsi de constater, au vu de ce qui précède, que la Dre E_____ n'a jamais évoqué une incapacité de travail totale depuis 2000, mais uniquement des épisodes dépressifs présentés depuis 2000, la fréquence retenue dans le bref rapport du 15 septembre 2022 (dans lequel il est question d'épisodes sévères chaque année) étant au demeurant en contradiction avec l'anamnèse contenue dans celui du 8 juillet 2021 (qui évoque uniquement deux épisodes sévères, en 2000 et 2010).

Ainsi, en retenant, dans son avis du 31 octobre 2022, que le recourant était totalement incapable de travailler depuis 2000, le SMR a de toute évidence pris des conclusions nouvelles, outrepassant les fonctions qui lui étaient attribuées.

À noter que l'appréciation du SMR quant à la date à laquelle l'incapacité de travail du recourant a débuté est également contredite par les éléments suivants :

- selon l'extrait, en espagnol, des activités professionnelles du recourant, produit sous pièce 2, recourant, celui-ci a régulièrement travaillé entre le 13 mars 1995 et le 3 septembre 2016.
- L'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital G_____ du 5 décembre au 19 décembre 2016 en raison d'un trouble bipolaire avec épisode le plus récent (ou actuel) de type maniaque grave sans symptômes psychotiques. L'anamnèse du rapport de sortie de cet hôpital daté du 19 décembre 2016, dont la traduction est produite sous pièce 1, recourant, évoque un premier épisode à caractère dépressif vers l'année 2000, ayant duré environ sept mois et s'étant résolu spontanément sans traitement ni suivi, et un deuxième épisode en 2010. Deux épisodes avec plus d'activité, d'augmentation de la confiance en soi et de diminution du besoin de sommeil ont également été évoqués. Ceux-ci se sont résolus spontanément avec toutefois des symptômes sous-dépressifs ultérieurs.

Le recourant était accompagné de sa mère, laquelle a évoqué une décompensation à l'été 2016, avec une aggravation clinique progressive.

L'ensemble de ces éléments met ainsi à mal l'appréciation du SMR, s'agissant de la date à laquelle l'incapacité de travail a débuté.

Par conséquent, la chambre de céans ne saurait s'y fier pour retenir que les conditions d'assurance devaient être remplies en 2001. En effet, aucun élément du dossier ne permet de considérer que le recourant est incapable de travailler sans discontinuer - à quelque taux que ce soit d'ailleurs - depuis l'an 2000.

10.4 Comme indiqué précédemment, pour remplir les conditions d'assurance pour pouvoir bénéficier du versement d'une rente ordinaire, le recourant doit avoir cotisé pendant trois ans, dont au moins un an en Suisse (*cf.* ch. 3004 DR et ch. 3005 CIBIL). Or, il ressort de l'extrait de son compte individuel qu'il n'a jamais cotisé en Suisse.

Toutefois, le 2 juillet 2018, le recourant s'est marié avec une ressortissante espagnole domiciliée en Suisse depuis sa naissance en 1982, laquelle a, selon toute vraisemblance, versé, en Suisse, au moins le double de la cotisation minimum, ce qui est suffisant pour remplir la condition de la cotisation en Suisse (*cf.* ATF 125 V 253 et MEYER / REICHMUTH, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG*, 2022, n° 13 *ad* Art. 6 LAI)

Pour sa part, le recourant semble avoir cotisé durant de nombreuses années en Espagne, au vu des nombreuses activités professionnelles exercées entre le 13 mars 1995 et le 3 septembre 2016 (*cf.* pièce 2, rec).

La seule condition qui reste donc à vérifier est celle de la survenance de l'invalidité. En effet, pour qu'une rente ordinaire puisse être octroyée au demandeur, l'invalidité doit être survenue après l'année de cotisations en Suisse, soit au minimum après onze mois de mariage (*cf.* ATF 125 V 253, art. 36 al. 2 LAI, 32 al. 1 RAI et 50 RAVS), soit le 1^{er} juin 2019, étant rappelé que l'invalidité survient au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins.

Il convient donc de déterminer la capacité de travail du recourant entre le 2 juillet 2018 et le 1^{er} juin 2019.

Au dossier figurent notamment les pièces suivantes :

- une décision du Ministère du travail, des affaires sociales et de la famille de Catalogne, du 8 avril 2016, dont il ressort qu'un niveau de handicap de 46% était reconnu à compter du 7 octobre 2015 en raison d'un trouble bipolaire ;

- l'extrait, en espagnol, des activités professionnelles du recourant, produit sous pièce 2, recourant, dont il ressort qu'il n'a exercé aucune activité professionnelle au-delà du 4 septembre 2016 ;
- le rapport de sortie suite à l'hospitalisation à l'Hôpital G_____ du 5 décembre au 19 décembre 2016 en raison d'un trouble bipolaire avec épisode le plus récent (ou actuel) de type maniaque grave sans symptômes psychotiques ;
- le rapport établi par la Dre E_____ le 8 juillet 2021, dont il ressort que la capacité de travail du recourant oscillait entre 0% et 50% en fonction des fluctuations thymiques.

Il ressort de ce qui précède, qu'à tout le moins, jusqu'en 2016 et dès 2021, le recourant présentait une diminution de sa capacité de travail comprise entre 0% et 50%. Le dossier ne comporte toutefois aucune information sur la situation médicale du recourant entre le mois de décembre 2016 et le début du suivi en 2021. On ne sait ainsi pas comment ce handicap de 46% a été calculé, s'il correspond à une incapacité de travail du même temps, dans l'affirmative si celle-ci a perduré de manière constante jusqu'au début du suivi ou si le recourant a recouvré une capacité de travail entière, pendant un certain temps.

10.5 La question de la capacité de travail du recourant antérieurement au 1^{er} juin 2019 n'ayant jamais été instruite, la cause sera renvoyée à l'office intimé pour instruction complémentaire sur cette question de la capacité de travail, si besoin en ordonnant une expertise psychiatrique.

- 11.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision.
- 12.** Agissant en personne, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).
- 13.** Par ailleurs, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 4 janvier 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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