RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3768/2021 **ATAS/907/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 octobre 2022

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____ à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES, Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou l'intéressé), de nationalité russe est né le _____ 1971. Il est célibataire et père d'une fille née le _____ 2000 laquelle réside avec sa mère en France.

b. L'assuré a résidé légalement en Suisse du 20 décembre 1985 au 6 décembre 1993 au bénéfice des règles spéciales applicables aux enfants de fonctionnaires internationaux, puis du 14 février 1994 au 30 mai 1996 avec un permis de séjour « étudiant ». Son titre de séjour actuel, à savoir un permis B avec autorisation de travail, lui a été délivré pour la première fois le 22 septembre 2014.

c. Au mois de septembre 2021, il vivait chez plusieurs amis proches résidant à Genève après avoir vécu dans une chambre d'hôtel.

d. L'assuré n'a pas exercé d'activité lucrative soumise aux cotisations AVS à tout le moins depuis sa dernière arrivée officielle en Suisse le 22 septembre 2014, et est soutenu par l'Hospice général du canton de Genève.

B. **a.** Le 4 juillet 2014, l'assuré a été victime de lésions corporelles graves (procédure pénale n° P/13060/2014). Il a reçu un ou plusieurs violents coups au visage assénés par un tiers et a subi de ce fait une perte de connaissance accompagnée de nombreux traumatismes, notamment un traumatisme crânien sévère. Sa vie a été mise en danger. Il a été transporté aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et opéré le jour même.

b. En date du 2 mai 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

c. Dans un rapport daté du 26 juin 2019, la doctoresse C_____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté qu'en l'état, la capacité de travail de l'assuré était nulle. Celle-ci devrait faire l'objet d'une nouvelle appréciation trois mois après une opération de la main gauche prévue quelques semaines plus tard.

d. Dans un rapport daté du 16 septembre 2019, le docteur D_____, médecin praticien FMH et médecin traitant de l'assuré, a attesté que l'évènement susmentionné avait entrainé une incapacité de travail totale qui durait encore à cette date.

e. Dans un rapport daté du même jour, la doctoresse E_____, médecin spécialiste en neurologie, a attesté que l'assuré souffrait de céphalées de tension post-traumatiques et de lombosciatalgies dans le cadre d'une hernie discale.

f. Dans un rapport succinct destiné à l'OAI daté du 19 septembre 2019, le docteur F_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a relevé que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère sans symptômes psychotiques

(code F33.2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé, 10ème édition française, 2008 [ci-après CIM-10]), ainsi que d'un état de stress post-traumatique (code F43.1 CIM-10). La capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité et le pronostic réservé.

g. Dans un second rapport daté du 24 janvier 2020, le Dr D_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité.

h. En date du 28 janvier 2021, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après : CEMéd).

i. Dans un courrier daté du 28 avril 2021, Madame G_____, psychologue FSP, a attesté qu'elle suivait l'assuré et que celui-ci souffrait de divers troubles à sa santé physique et mentale en lien avec l'évènement du 4 juillet 2014.

j. Les docteurs H_____, médecin praticien, I_____, médecin spécialiste FMH en neurologie, et J_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que Monsieur K_____, neuropsychologue FSP, ont rendu un rapport d'expertise daté du 8 juillet 2021. Ils concluaient à l'existence d'une dysthymie (code F34.1 CIM-10), d'un état de stress post-traumatique en rémission (code F43.1 CIM-10), de troubles rachidiens cervicaux et lombaires dégénératifs de moyenne importance, et d'un trouble cognitif léger (code F06.7 CIM-10). Les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient l'absence de position debout ou assise prolongée, l'absence de flexion lombaire prolongée, l'absence de port de charges répété de plus de 10 kg, l'impossibilité de travailler en porte-à-faux ou en rotation du tronc, ainsi qu'une limitation sur le plan mnésique et un léger ralentissement sur le plan attentionnel. La capacité de travail de l'assuré était de 70 % depuis juillet 2015 dans son ancienne activité de chauffeur privé et de 100 % depuis juillet 2015 dans une activité adaptée.

k. Dans un avis daté du 19 juillet 2021, le docteur L_____, médecin praticien travaillant pour le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son ancienne activité de chauffeur privé depuis le 4 juillet 2014, de même dans une activité adaptée, mais dans ce cas uniquement du 4 juillet 2014 au 30 juin 2015, après quoi l'assuré était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cet avis se fondait sur le contenu de l'expertise pluridisciplinaire du 8 juillet 2021 mais s'en écartait sur la question de la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité vu les limitations fonctionnelles retenues.

l. Par projet de décision daté du 28 juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait rendre une décision négative s'agissant du droit de celui-ci aux prestations de l'assurance-invalidité. Son degré d'invalidité était en effet de 10 %,

taux inférieur aux seuils minimaux pour bénéficier d'une mesure de reclassement ou d'une rente d'invalidité.

m. Par courrier du 19 août 2021, l'Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS) a annoncé à l'OAI qu'elle avait été mandatée par l'assuré pour la défense de ses intérêts et qu'elle requérait la production du dossier de celui afin de pouvoir faire opposition au projet de décision du 28 juillet 2021.

n. L'OAI a envoyé le dossier demandé à ASSUAS par courrier daté du 22 août 2021 auquel était joint un CD-ROM.

o. Le 14 septembre 2021, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est déterminé sur le projet de décision du 28 juillet 2021.

p. Par décision du 29 septembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assuré en considérant que les éléments contenus dans la détermination de l'intéressé n'étaient pas de nature à remettre en question la conclusion à laquelle elle était parvenue dans son projet de décision.

Cette décision a été envoyée par courrier recommandé et pli simple directement à l'assuré, et, sous pli simple en courrier B à ASSUAS. L'assuré a retiré le pli recommandé le vendredi 1er octobre 2021 alors qu'ASSUAS a reçu la décision le lundi 4 octobre 2021.

C. **a.** Par acte du 3 novembre 2021, l'assuré, par l'intermédiaire d'un nouveau représentant, a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité en sa faveur, et en particulier d'une rente d'invalidité.

En substance, le recourant a contesté la force probante de l'expertise pluridisciplinaire du 8 juillet 2021.

b. Dans un courrier du 21 octobre 2021, le Dr F_____ a pris position sur l'expertise pluridisciplinaire du 8 juillet 2021. Il a souligné qu'il était en désaccord avec celle-ci et qu'il maintenait ses diagnostics du 19 septembre 2019, outre que le recourant souffrait également d'une anxiété généralisée (code F41.7 CIM-10). Selon lui, le recourant était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis le mois de juillet 2015.

c. Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision AC/3236/2021 du 5 novembre 2021.

d. Par courrier du 16 novembre 2021, la chambre de céans a requis du recourant qu'il se détermine spécifiquement sur la question du respect du délai de recours de trente jours.

e. Par courrier du 23 novembre 2021, le recourant a conclu à la recevabilité du recours en expliquant que son ancien représentant, à savoir ASSUAS, n'avait reçu la notification de la décision contestée que le lundi 4 octobre 2021 en courrier B, et que c'était donc cette date qui devait valoir comme jour de notification.

f. Dans un courrier du 29 novembre 2021, le Dr D_____ a relevé qu'il était d'accord avec les diagnostics retenus dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 juillet 2021. En revanche, il contestait l'appréciation de la capacité de travail du recourant, laquelle était toujours nulle dans toute activité, et ce depuis le 4 juillet 2014.

g. Par courrier du 2 décembre 2021, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours et subsidiairement à son rejet.

En substance, l'intimé considérait que le délai de recours de trente jours avait échu au 1er novembre 2021 et que le recours déposé deux jours plus tard était donc tardif. Sur le fond, il convenait de suivre les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 8 juillet 2021, ce qui impliquait que le recourant n'avait pas droit à des prestations, étant relevé qu'il ne remplissait de toute façon pas la condition légale d'assurance d'au minimum trois ans de cotisations.

h. Les parties ont maintenu leurs positions respectives par écritures du 23 décembre 2021, 3 février 2022 et 8 mars 2022, l'intimé ayant en outre produit un avis médical complémentaire du SMR.

i. Répondant à la chambre de céans, la société N_____ SA a indiqué, par courrier du 12 septembre 2022, que le recourant n'avait jamais travaillé pour elle.

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).

Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La décision contestée ayant été prise par l'OAI, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est établie.

2. Se pose la question du respect du délai de recours.

2.1

2.1.1 Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, un recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours.

Selon l'art. 38 al. 1 LPGA (par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), si un délai est compté en jours, il commence à courir le lendemain de la communication de l'acte à la personne concernée.

2.1.2 Selon l'art. 37 al. 1 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas.

Selon l'art. 37 al. 3 LPGA, tant qu'une partie ne révoque pas sa procuration, l'assureur social adresse ses communications au mandataire désigné. Ce principe a été posé dans l'intérêt de la sécurité du droit, afin d'établir une règle claire quant à la date de la notification pertinente pour le calcul du délai de recours ; ainsi, lorsqu'une décision est communiquée aussi bien à une partie qu'à son représentant, seule la date de la notification au représentant, conforme à l'art. 37 al. 3 LPGA, est déterminante pour la computation du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_266/2020 du 24 novembre 2020 consid. 2.3 ; 9C_18/2016 du 7 octobre 2016 consid. 5.3.1 ; 9C_387/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.2 ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 4ème éd. 2020, n. 25 ad. art. 37 LPGA).

2.2 En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimé a reçu, le 20 août 2021, un courrier d'ASSUAS l'informant de ce qu'elle représentait désormais le recourant avec élection de domicile. Une procuration en ce sens figure en outre dans le dossier de l'intimé. À la suite de ce courrier, l'intimé a adressé une communication directement à ASSUAS comme cela ressort du courrier du 22 août 2021. Il n'est pas non plus contesté que la décision querellée a été notifiée par pli recommandé directement à l'assuré malgré l'élection de domicile en faveur d'ASSUAS, et qu'elle n'a été envoyée qu'en copie en courrier B à cette dernière.

Conformément aux principes précités, seule la date de notification au représentant du recourant, soit à ASSUAS, est déterminante pour la computation du délai de recours. La décision ayant été notifiée au représentant du recourant le 4 octobre 2021, le délai de recours est arrivé à échéance le 3 novembre 2021.

Déposé auprès de la Poste suisse le 3 novembre 2021, le recours a donc été interjeté en temps utile.

Dès lors qu'il respecte par ailleurs les formes prévues par la loi (cf. art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), le recours est recevable.

3. Le recours a pour objet le droit de l'assuré à une mesure de reclassement ou/et à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question du degré d'invalidité.

4. À titre préalable, il convient de préciser que la révision du droit de l'assurance-invalidité, et en particulier de la méthode du calcul du taux d'invalidité, entrée en vigueur au 1er janvier 2022 ne trouve pas application au présent litige. Celui-ci doit être tranché sur la base du droit applicable au moment où les faits pertinents pour la résolution du présent litige sont survenus (ATF 148 V 162 consid. 3.2.1 ; ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; ATF 146 V 364 consid. 7.1). Or, en matière sociale, la prise en compte par un tribunal de faits

survenus après la décision contestée est en principe exclue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 143 V 295 consid. 4.1.4).

Le droit applicable dans le cas d'espèce est donc celui en vigueur au moment où la décision a été rendue, à savoir au 29 septembre 2021 (voir à titre d'exemples : arrêts du Tribunal fédéral 9C_21/2022 du 15 juin 2022 consid. 2.2 ; 8C_667/2021 du 8 juin 2022 consid. 3.1). Dès lors que cette décision est antérieure au 1er janvier 2022, les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5.

5.1 Selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (cf. 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.

S'agissant de la question de savoir si la résidence habituelle interrompue comprend la résidence illégale en Suisse, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la réalisation de la condition relative à la volonté d'une personne de s'établir durablement en un lieu, nécessaire pour l'établissement d'un domicile civil et donc l'assujettissement à l'AVS, n'était pas empêchée par l'absence de permis de séjour (arrêts du Tribunal fédéral 9C_675/2014 du 11 août 2015 consid. 4.3 ; 9C_914/2008 du 31 août 2009 consid. 6.1). Il n'est cependant pas clair si cette jurisprudence fait référence uniquement à la condition du domicile actuel en Suisse, ou également à la condition supplémentaire des dix ans de résidence ininterrompue en Suisse (voir sur ce point : arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 810/05 du 5 février 2007 consid. 7.1 [relatif à l'art. 9 al. 3 LAI] et arrêt du Tribunal fédéral 9C_423/2013 du 26 août 2014 consid. 4.2 et 4.3 [relatif aux prestations complémentaires AVS/AI]. En outre, la durée du séjour en Suisse d'une personne au bénéfice du statut diplomatique d'un de ses parents, comme le recourant, n'est pas prise en compte au titre de la résidence ininterrompue de l'art. 6 al. 2 LAI (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 520/04 du 18 août 2005 consid. 4.3 ; I 645/02 du 20 juin 2003 consid. 6.2).

5.2 En l'espèce, dans la mesure où l'extrait du compte individuel AVS du recourant est vierge, il convient de retenir qu'il ne remplit pas la condition d'une année minimale de cotisations.

Se pose donc la question de savoir s'il remplit la condition d'un séjour ininterrompu de dix ans. Sur ce point, il ressort du dossier que tel n'est pas le cas s'agissant en tout cas du séjour légal du recourant sous statut non diplomatique. La question de savoir s'il est possible de tenir compte d'une éventuelle durée de séjour illégale dans le calcul des dix ans de résidence ininterrompue peut rester ouverte puisque le recours doit de toute façon être rejeté pour un autre motif.

6. Il convient de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6.1 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).

6.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (procédure d'évaluation structurée normative de la capacité de travail) (ATF 141 V 281 consid. 7.1 et 7.2). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 4.3 et 4.4 ; voir également : ATF 145 V 215 consid. 5.3.3). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4, avec la modification prévue à l'ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Si un expert retient l'existence d'un ou plusieurs troubles médicaux de nature psychiatrique, il doit ainsi procéder à une évaluation de la capacité de travail du recourant en application de la procédure structurée normative.

En principe, seul un trouble psychique grave est susceptible d'entrainer une incapacité de gain ; le cas échéant, il reviendra donc à l'expert de motiver de manière détaillée en quoi il existe des éléments qui permettent de conclure à une incapacité de travail de l'assuré en présence d'un trouble psychique de gravité moyenne ou légère (ATF 148 V49 consid. 6.2.2 ; ATF 143 V 40 consid. 4.5.2).

Les indicateurs de la procédure structurée normative sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence.

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

3. Comorbidités

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

C. Axe « contexte social »

II. Catégorie « cohérence »

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

7. Pour évaluer un droit à une prestation sociale dépendant de l'état médical d'un assuré, il faut pouvoir se fonder sur des opinions médicales probantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose en particulier la présence d'un diagnostic émanent d'un psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 6.3).

7.1 Il n'existe pas de règles systématiques absolues en matière d'appréciation de rapport médicaux, le principe général restant l'appréciation libre de ceux-ci par le juge (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). Ainsi, la force probante d'un rapport d'expertise dépend en premier lieu sur le contenu de celui-ci, à savoir s'il est complet (au regard du /des trouble(s) médical/aux potentiel(s) de l'assuré), s'il se base sur l'anamnèse, les « plaintes » de l'assuré et tous les autres éléments factuels disponibles, s'il est clair dans son appréciation de la situation médicale et si le ou les résultat(s) auquel il parvient est/sont motivé(s) (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).

7.2 Selon la jurisprudence fédérale, il est possible de distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaire sur la base de l'art. 61 let. c LPGA et du droit cantonal (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative) et les

rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui sont subordonnés, ou réalisée par un médecin sur commande de l'assuré (« expertise » de partie).

S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur pertinence (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), en ce sens qu'un tel rapport médical peut avant tout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c).

7.3 Dans le cadre d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire, l'existence d'en résumé consensuel des sous-expertise est recommandé mais pas indispensable ; chaque sous-expertise faisant partie d'une expertise pluridisciplinaire, y compris l'appréciation d'ensemble, peut être analysée pour elle-même en tant qu'élément de preuve en cas d'incohérence entre une ou plusieurs sous-expertise(s) et le résumé d'ensemble lorsque celui-ci a été réalisé par un seul des experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_54/2021 du 10 juin 2021 consid. 2.2).

8. Dans sa décision du 29 septembre 2021, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 juillet 2021 pour retenir que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité alléguée de chauffeur dès le 1er juillet 2014, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1er juillet 2015.

Il convient donc d'examiner la force probante de ce rapport.

En l'occurrence, le rapport d'expertise du 8 juillet 2021 retient que le recourant souffre d'une dysthymie (code F34.1 CIM-10), d'un état de stress post-traumatique en rémission (code F43.1 CIM-10), d'un trouble cognitif léger (code F06.7 CIM-10), et de troubles rachidiens cervicaux et lombaires dégénératifs de moyenne importance. Sur cette base, le rapport d'expertise retient que les limitations fonctionnelles de l'assuré sont l'absence de position debout ou assise prolongée, l'absence de flexion lombaire prolongée, l'absence de port de charges répété de plus de 10 kg, l'impossibilité de travailler en porte-à-faux ou en rotation du tronc, ainsi qu'une limitation sur le plan mnésique et un léger ralentissement sur le plan attentionnel. Après une mise en perspective de ces limitations fonctionnelles avec la personnalité du recourant et avec ses ressources, puis un contrôle de la cohérence, le rapport retient une capacité de travail de 70 %

depuis juillet 2015 dans l'ancienne activité du recourant et de 100 % depuis juillet 2015 dans une activité adaptée.

8.1 S'agissant de l'aspect psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr J_____ contient une motivation détaillée des diagnostics mentionnés dans le rapport consensuel. Selon ce spécialiste, le recourant exprimait un fort sentiment d'injustice en lien avec le traitement par la filière pénale genevoise de son agression du 4 juillet 2014, ce qui entrainait une démotivation. En revanche, rien ne laissait penser à un trouble d'humeur atteignant la gravité d'une dépression. Il concluait à l'existence d'une dysthymie, soit une baisse chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. S'agissant d'un potentiel stress post-traumatique, il semblait plausible qu'il eût existé, vu l'agression vécue par le recourant, mais apparaissait être en rémission. Le recourant n'avait en effet montré aucun signe d'angoisse lors de son entretien avec le Dr J_____. Il avait en particulier affirmé être plus vigilant dans l'espace public mais sans avoir constamment peur d'être agressé. Le Dr J_____ a également procédé à une analyse des ressources du recourant. Selon lui, ses ressources personnelles étaient conservées. Cela concernait notamment son aptitude à la communication et au respect d'un cadre, sa capacité d'adaptation psychique, d'organisation, d'endurance, de concentration, et de prise de décision. Le recourant n'apparaissait en outre pas limité dans ses capacités relationnelles ni dans ses activités quotidiennes. Quant à ses ressources externes, il pouvait compter sur trois amis proches qui l'hébergeaient régulièrement. S'agissant enfin de la cohérence entre les plaintes du recourant et son comportement habituel, le Dr J_____ a noté qu'il existait une discrépance entre les symptômes attachés à une dépression ou à un stress post-traumatique et le fait que le recourant pût conduire et lire pendant plusieurs heures, ainsi que le fait qu'il eût arrêté de prendre son médicament (le (Cipralex, soit un antidépresseur). Selon lui, la capacité de travail du recourant était entière sur le plan psychiatrique.

L'appréciation de l'expert psychiatre apparaît cohérente et ne souffre d'aucune contradiction. Ses conclusions n'écartent pas un élément factuel disponible déterminant, elles sont motivées et claires. Il s'ensuit que le rapport d'expertise du Dr J_____ apparait a priori convaincant. Son avis n'est pas non plus remis en cause par les opinions médicales présentes au dossier.

Dans son courrier du 21 octobre 2021, le Dr F_____ retient certes que le recourant souffre d'un épisode dépressif actuellement sévère sans symptômes psychotiques (code F33.2 CIM-10]), ainsi que d'un état de stress post-traumatique (code F43.1 CIM-10), et d'une anxiété généralisée (code F41.7 CIM-10). Selon ce médecin, ces diagnostics engendraient une incapacité de travail totale de l'assuré, y compris dans une activité adaptée. Or, ces diagnostics ne sont pas motivés. En particulier, ce médecin ne développe pas la raison pour laquelle ceux-ci diffèrent

de ceux de l'expertise du Dr J_____. À cela s'ajoute qu'il conclut à une incapacité de travail totale sans même aborder les éléments prévus par la procédure structurée normative et sans mentionner de limitations fonctionnelles précises.

Quant à l'avis du Dr D_____, médecin généraliste traitant du recourant, il n'est pas non plus à même de remettre en cause celui de l'expert psychiatre. En effet, son assertion selon laquelle les diagnostics retenus par l'expertise pluridisciplinaire, auxquels il se rallie, entraineraient une incapacité de travail totale, y compris dans une activité adaptée, n'est que brièvement motivée. Il se contente d'affirmer sans explications que le recourant serait dans l'incapacité de mobiliser suffisamment de ressources psychiques et physiques pour trouver un emploi sur le marché du travail ce qui, à son sens, suffirait à ce qu'une rente complète lui soit octroyée. Du reste, les diagnostics psychiatriques auxquels s'est rallié le Dr D_____ sont légers. Or, conformément à la jurisprudence précitée, seul un trouble psychique grave est normalement susceptible d'entrainer une incapacité de gain. Pour faire exception à ce principe, il est nécessaire de disposer d'une opinion médicale détaillée procédant à une analyse selon le canevas de la procédure structurée normative, ce qui fait défaut en l'espèce.

8.2 S'agissant ensuite des aspects neurologique et généraliste, les appréciations des experts I_____ et H_____ sont motivées et n'apparaissent pas contradictoires.

Le rapport d'expertise neurologique du Dr I_____ précise en particulier que l'examen du recourant et les examens neuroradiologiques n'ont pas permis d'établir une anomalie significative du système nerveux et périphérique. Il disposait d'une bonne mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire avec quelques douleurs lors des manœuvres de mobilisation. Il ne présentait pas de signe d'atteinte sensitivo-motrice latéralisée ou d'atteinte cérébelleuse (atteinte au cervelet), et en particulier pas de trouble de l'équilibre. Le Dr I_____ a donc estimé que les constatations objectives de l'état neurologique n'expliquaient pas les plaintes du recourant, et que celles-ci étaient plutôt fondées sur des facteurs psychiques et sociaux-professionnels. Il retenait donc une capacité de travail entière sur le plan neurologique. Quant à l'examen du Dr H_____, celui-ci a permis de détecter l'existence de pathologies dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées de moyenne importance, mais sans conflit radiculaire franc, maladie également évoquée par le Dr I_____. Cette maladie fondait les limitations fonctionnelles évoquées plus haut, lesquelles justifiaient une réduction de rendement s'agissant de l'ancienne activité alléguée de chauffeur, mais pas dans une activité adaptée.

Ces explications ne sont pas spécifiquement remises en cause par le recourant. En particulier, contrairement à ce qu'il prétend, le Dr H_____ ne tire aucune conclusion médicale du rapport du Dr M_____ du 4 juillet 2014, lequel est

simplement cité dans la partie introductive « situation initiale et aspects formels » de l'expertise du Dr H_____.

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise médicale administrative pluridisciplinaire emportent la conviction et ne sont pas remises en cause par les avis divergents des Drs F_____ et D_____ et les critiques du recourant.

En conclusion, il faut retenir que l'assuré est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée depuis le mois de juillet 2015.

9. Il convient maintenant de déterminer si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

9.1 En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (al. 2).

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, une mesure de reclassement implique que le degré d'invalidité de l'assuré soit d'au moins environ 20% (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 2 ; 9C_320/2020 du 6 août 2020 consid. 2.2).

9.2 Pour évaluer le degré d'invalidité d'un assuré, il existe principalement trois méthodes : la méthode générale de comparaison des revenus (art. 16 LPGA en lien avec l'art. 28a al. 1 LAI), la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI) et la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI). Le choix de la méthode applicable dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 141 V 15 consid. 3.2 ; ATF 137 V 334 consid. 3.1).

Afin de déterminer laquelle de ces méthodes d'évaluation est applicable, il faut examiner quelle aurait été la situation de l'assuré au moment du prononcé de la décision administrative litigieuse en tenant compte notamment de la situation financière du ménage, de l'éducation des enfants, de l'âge de l'assuré, de ses qualifications professionnelles, de sa formation ainsi que de ses affinités et de talents personnels; il faut admettre la reprise d'une activité lucrative à temps partiel ou complet si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; ATF 141 V 15 consid. 3.1 ;

ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2).

9.3 L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré selon la méthode générale de comparaison des revenus implique de comparer le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu hypothétique de valide) avec le revenu 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 (revenu d'invalide) ; il faut ainsi diviser le revenu hypothétique de valide par le revenu d'invalide pour obtenir le taux/degré d'invalidité (ATF 148 V 174 consid. 6.1 ; ATF 143 V 295 consid. 2.1).

Le moment déterminant pour effectuer la comparaison des revenus est celui du début de la rente d'invalidité putative en tenant compte des circonstances survenues jusqu'à la décision d'opposition sur la rente d'invalide (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3).

9.3.1 Le revenu (hypothétique) de valide est celui que l'assuré aurait, avec haute vraisemblance, perçu sans l'évènement invalidant ; il se détermine en principe sur la base du dernier salaire perçu avant cet évènement, adapté à l'inflation et à une éventuelle hausse des revenus dans la branche économique concernée (ATF 145 V 141 consid. 5.2.1 ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré il convient de se fonder, en premier lieu, sur les renseignements fournis par l'employeur et sur les revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêts du Tribunal fédéral 8C_289/2021 du 3 février 2022 consid. 3.1.2 ; 8C_679/2020 du juillet 2021 consid. 5.1).

Il convient cependant de faire exception à la règle de la fixation du revenu hypothétique de valide sur la base du dernier revenu lorsqu'il est hautement vraisemblable que ce revenu n'aurait pas été perçu postérieurement à la survenance de la cause d'invalidité d'un assuré pour une cause étrangère à cette cause (arrêts du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 4.1 ; 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.1 ; 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2 ; 8C_41/2015 du 24 avril 2015 consid. 2.3). Dans ce cadre, il y a lieu de se référer en principe aux salaires statistiques médians de de l'enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS) (arrêts du Tribunal fédéral 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.1 ; 8C_148/2017 du 19 juin 2017 consid. 6.2.2 ; 8C_741/2016 du 3 mars 2017 consid. 6). Pour établi un revenu hypothétique sur la base des ESS, il faut se baser sur les statistiques les plus récentes disponibles au moment de la décision administrative déterminante (ATF 143 V 295 consid. 2.3).

9.3.2 Le revenu d'invalide est, quant à lui, calculé prioritairement sur la base du revenu que la personne concernée reçoit effectivement après son invalidité ; à défaut de revenu effectif, le revenu d'invalide doit être calculé sur la base des

salaires médians de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; ATF 143 V 295 consid. 2.1).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base ; il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral 8C_530/2015, 8C_563/2015 du 6 janvier 2016 consid. 6.2 ; 8C_304/2014 du 20 avril 2015 consid. 6 ; 9C_888/2014 du 4 février 2015 consid. 2 ; 8C_365/2012 du 30 juillet 2012 consid. 7).

Ainsi, le salaire statistique pertinent dans la fixation du revenu d'invalide peut être réduit jusqu'à un maximum de 25 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré et d'autres circonstances personnelles et professionnelles concrètes de la personne concernée, qui sont objectivement de nature à influencer sa capacité de gain sur un marché du travail équilibré, et notamment son type de permis de séjour, son expérience professionnelle, et son taux d'activité maximum contraint (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 6.2). Les éléments qui sont pris en compte pour limiter de manière générale la capacité de gain d'un assuré ne peuvent, cependant, pas fonder un abattement du salaire statistique, car sinon ils seraient pris en compte à deux reprises dans la fixation du degré d'invalidité d'un assuré (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; ATF 146 V 16 consid. 4.1).

10. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a le statut d'assuré exerçant une activité lucrative, et aucun élément au dossier ne permet de considérer que cette appréciation de l'intimé serait manifestement erronée.

Il convient donc de calculer le taux d'invalidité du recourant sur la base de ladite méthode de comparaison des revenus, soit en comparant ses revenus hypothétiques de valide et d'invalide pour établir son degré d'invalidité.

10.1 S'agissant en premier lieu du revenu hypothétique de valide, le recourant affirme avoir travaillé en qualité de chauffeur privé lorsqu'est survenue la cause de son invalidité le 4 juillet 2014.

L'extrait de compte individuel AVS du recourant ne fait toutefois mention de l'exercice d'aucune activité lucrative. En outre, une mesure d'instruction entreprise par la chambre de céans auprès de l'ancien employeur allégué du recourant, soit Gulf Service SA, a révélé qu'il n'a jamais été employé par cette société.

Dans cette situation, il convient de considérer que le recourant n'a pas exercé d'activité en Suisse depuis à tout le moins le 22 septembre 2014, date de l'octroi de son droit de séjour actuel. Dans ces circonstances, il convient de se fonder sur

les statistiques des ESS pour déterminer le revenu hypothétique de valide du recourant, de la même manière que ce qui est le cas pour une personne qui serait sans emploi pour une cause qui n'est pas liée à celle de son invalidité.

10.2 Dès lors que le recourant n'a pas retrouvé de travail depuis son agression, son revenu hypothétique d'invalide doit également être fixé sur la base des statistiques de l'OFS. Comme établi au considérant 8, ce montant n'a pas à être réduit, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée étant entière. Le montant de référence s'agissant du salaire hypothétique d'invalide du recourant pour un temps plein est donc nécessairement identique à son revenu de valide sous réserve d'une réduction (abattement).

L'intimé a procédé à un abattement de 10 % sur le salaire statistique. Au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir l'absence de position debout ou assise prolongée, l'absence de flexion lombaire prolongée, l'absence de port de charges répété de plus de 10 kg, l'impossibilité de travailler en porte-à-faux ou en rotation du tronc, ainsi qu'une limitation sur le plan mnésique et un léger ralentissement sur le plan attentionnel, et de son statut de droit des étrangers (permis B), l'abattement retenu par l'intimé n'apparaît en tout cas pas inadéquat au point qu'il se justifie de procéder à une appréciation divergente. Le montant de cet abattement n'est d'ailleurs pas spécifiquement contesté par le recourant.

Le revenu hypothétique d'invalide de l'assuré s'élève donc à 90 % de son revenu hypothétique de valide.

10.3 Au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité du recourant se monte à 10 % ([1 – 0.9] / 1) depuis le mois de juillet 2015, comme l'a retenu l'intimé.

Ce taux est inférieur à celui qui ouvre un droit à une mesure de reclassement ou à une rente d'invalidité. Il s'ensuit que le recourant n'a pas droit à ces prestations de la part de l'intimé.

11. En conclusion, le recours doit être rejeté.

Au vu de ce qui précède, la question de savoir si le recourant remplit la condition de trois ans de cotisations effectives selon l'art. 36 al. 1 LAI (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2022 du 23 août 2022 consid. 3.2) peut rester ouverte.

12. Au vu du sort du recours, il y aurait en principe lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument selon l'art. 69 al. 1bis LAI. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient cependant d'y renoncer selon l'art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] (ATAS/596/2021 du 10 juin 2021 ; ATAS/291/2021 du 31 mars 2021 consid. 20 ; ATAS/425/2016 du 30 mai 2016 consid. 12 ; ATAS/182/2016 du 3 mars 2016 consid. 8 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 10 ad. art. 69 LAI ; voir également : ATF 138 V 122 consid. 1).

Dès lors qu'il succombe, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.
5. 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
Sylvie CARDINAUX	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