RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/548/2022 **ATAS/854/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 septembre 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1993, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 novembre 2014, indiquant souffrir depuis l'enfance d'un trouble de l'attention avec hyperactivité (ci-après : TDAH).

B. **a.** Le 5 avril 2016, un rapport de réadaptation professionnelle a conclu que l'assuré présentait des lacunes scolaires et qu'il faudrait envisager une formation de type AFP (attestation fédérale de formation professionnelle).

b. Le 14 avril 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a octroyé une mesure d'orientation professionnelle auprès des Établissements Publics pour l'Intégration (ci-après : les ÉPI) du 11 avril au 29 mai 2016.

Dans ce cadre, l'assuré a effectué un stage d'observation durant 11 semaines au N_____et au Centre de rencontres d'Avully, ce qui lui a permis de découvrir le monde de l'animation socioculturelle.

c. Selon une note de travail de l'office du service de réadaptation de l'OAI du 29 avril 2016, le stage en cours semblait bien se passer. Les entretiens avec l'assuré avaient montré qu'il était fragile psychologiquement, tout en étant très mûr dans certaines de ses réflexions sur lui-même et ses projets professionnels par exemple. Il avait échoué aux tests qu'il avait passés le 6 avril pour une entrée à l'école d'ASE (assistant socio-éducatif). Il se définissait comme souffrant d'un TDAH, mais ses deux médecins, généraliste et psychiatre, ne confirmaient pas ce trouble, ce qui le contrariait beaucoup.

d. Selon une note de travail du service de réadaptation de l'OAI du 25 mai 2016, le stage d'ASE s'était bien passé. L'assuré était très motivé par son projet d'ASE et était décidé à combler ses lacunes scolaires pour aller de l'avant. Il avait rendez-vous à l'université ouvrière de Genève le 31 mai suivant pour une évaluation.

e. L'OAI a mis en place une mesure d'orientation professionnelle auprès du secteur jeunes des ÉPI, du 13 juin au 11 septembre 2016, afin de définir le niveau de formation et les pistes professionnelles envisageables. Le diagnostic était un trouble de la personnalité sans précision, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis. Selon l'assuré, il était limité par un TDAH.

f. Selon un certificat médical établi le 10 juin 2016 par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'état de santé de l'assuré lui permettait d'exercer la profession d'ASE.

g. Selon une note de travail du service de réadaptation de l'OAI du 15 juin 2016, l'assuré avait indiqué qu'il refusait la mesure de ce dernier, car c'était un vrai

cauchemar pour lui. Il restait quand même ouvert à une autre proposition de l'OAI.

h. Le 4 juillet 2016, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapeute, a indiqué être la psychiatre traitante de l'assuré, qui présentait une fragilité psychique pouvant conduire à des crises d'angoisse paroxystiques et que les deux jours de stage qu'il avait effectués aux ÉPI avaient déclenché chez lui des angoisses massives qui l'avaient obligé à mettre fin à ce stage.

i. Selon une note de travail du 28 juillet 2016, l'assuré avait indiqué avoir consulté le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui avait évoqué une fibromyalgie et la nécessité de procéder à une infiltration en septembre 2016.

j. Dans un rapport du 24 août 2016, les ÉPI ont indiqué que lors des deux jours de stage avec l'assuré, ils avaient observé qu'il avait un discours ambivalent, confus et variant en fonction des interlocuteurs. Ses capacités physiques étaient limitées et il présentait une fragilité émotionnelle ainsi que des lacunes sur le plan scolaire.

k. Dans un rapport du 20 septembre 2016, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré souffrait probablement d'une fibromyalgie, d'un état anxio-dépressif et d'un TDAH. Il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Celui-ci le consultait pour un deuxième avis en raison d'une asthénie importante dans le cadre d'une perte pondérale de 36 kg en 12 mois. Il se plaignait essentiellement d'une polyarthralgie mécanique et inflammatoire, par moment extrêmement importante, évoluant de longue date.

l. Le 7 octobre 2016, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré avait une aptitude à la réadaptation dès le 10 juin 2016.

m. Le docteur E_____, du département de santé mentale et psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué dans un rapport du 1er septembre 2016 que l'assuré souffrait d'un TDAH évoluant depuis l'enfance avec un retentissement net à l'âge adulte au niveau de l'impulsivité des et des capacités attentionnelles. Il lui avait prescrit du Concerta pour ce trouble.

n. Dans un rapport du 2 novembre 2016, les ÉPI ont indiqué qu'au cours du stage en entreprise, il n'avait pas été observé de limitations chez l'assuré au niveau de ses capacités physiques. Ses capacités d'apprentissage étaient limitées et non compatibles avec une formation de type CFC. Les capacités sociales démontrées au cours des 7 semaines de stage à la résidence Cavour étaient estimées suffisantes pour une formation d'ASE.

o. Dans un rapport du 5 mai 2017, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a indiqué que c'était essentiellement l'atteinte psychique qui avait été la cause des échecs d'une formation professionnelle ordinaire chez l'assuré et que celle-ci avait un impact sur sa capacité de travail. Le SMR n'était pas en mesure de se prononcer sur l'employabilité de l'assuré dans l'économie du marché.

C. **a.** L'assuré a signé un contrat d'apprentissage en coiffure (AFP) pour la période du 28 août 2017 au 25 août 2020.

b. Le 6 septembre 2017, l'OAI lui a octroyé une formation professionnelle initiale selon l'art. 16 LAI.

c. Le 19 septembre 2017, l'OAI a dit que l'assuré avait droit à l'indemnité journalière du montant le plus élevé à partir du 28 août 2017.

d. Le 28 juin 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une formation professionnelle initiale sous forme d'un CFC de coiffeur du 1er juillet 2018 au 31 août 2020.

e. Selon un rapport du 3 septembre 2018 du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (ci-après : la consultation de la douleur), l'assuré avait consulté ce service les 18 juin et 23 juillet 2018. Le diagnostic était des douleurs musculo-squelettiques diffuses dans un contexte de déconditionnement physique avec perte de poids, hyperlaxité et probablement sensibilisation centrale. L'assuré était originaire du Liban. Sa famille avait émigré en Suisse en 2006 avec un départ précipité. Il avait subi des sévices sexuels à 8 ans. Il ne voyait plus d'amis et délaissait depuis un an ses loisirs, qui étaient la course à pied et le fitness, en raison de ses douleurs, ainsi que le domaine artistique où il avait beaucoup d'aisance (chant, théâtre, peinture, dessin de mode…), par manque de confiance en lui. Son score de dépression sur l'auto-questionnaire de Beck était compatible avec un épisode dépressif léger. L'assuré avait été victime de deux accidents de la voie publique par inattention, à l'âge de 13 ans (TCC, fracture de jambe) et 17 ans (TCC, fracture de jambe). Il n'avait pas de douleurs séquellaires de ces accidents.

f. Le 17 octobre 2018, l'OAI a octroyé les indemnités journalières à l'assuré durant la recherche d'un nouvel employeur du 1er octobre au 2 décembre 2018 ainsi qu'un coaching de soutien de 15 séances.

g. L'assuré a informé l'OAI, le 18 octobre 2018, de la rupture de son contrat d'apprentissage avec effet au 30 septembre 2018.

h. Le 23 octobre 2018, il a informé l'OAI avoir trouvé une nouvelle place d'apprentissage dès le 8 octobre 2018.

i. L'assuré a changé d'employeur le 1er novembre 2018.

j. Selon un rapport du 22 novembre 2018 de la consultation de la douleur, l'assuré avait été revu dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. Actuellement, les douleurs étaient prépondérantes à l'hémicorps gauche de jour et elles étaient exacerbés à la mobilisation et l'activité. Il travaillait dans un salon de coiffure et faire des shampooings ou des brushings lui était pénible en raison des positions à adopter. Il ne souhaitait pas prendre de médicaments antalgiques. Dans la douleur chronique, il n'était pas recommandé d'utiliser des antalgiques puissants au long cours. Si nécessaire, il pouvait prendre ponctuellement du

paracétamol ou un AINS. Du point de vue psychiatrique, l'assuré se disait toujours agité, avec de la peine à se concentrer, et il continuait à s'ennuyer, même s'il était bien investi dans son travail. Un point avec les spécialistes du TDAH afin d'adapter le traitement psychostimulant pourrait être fait.

k. Selon une note de travail du service de réadaptation du 17 mai 2019, l'assuré avait réussi l'examen partiel. Il rencontrait cependant des problèmes relationnels sur son lieu d'apprentissage. Son employeur, âgé de 75 ans, n'était pas facile et l'assuré était son seul employé. Étant donné la réussite des deux premières années et des résultats plutôt encourageants, le service avait confirmé à l'employeur son soutien pour la dernière année d'apprentissage de l'assuré.

l. Le 10 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une indemnité journalière durant le délai d'attente, du 1er juillet au 31 juillet 2019. Le contrat d'apprentissage de celui-ci avait été interrompu au 30 juin 2019 et un nouveau contrat commençait le 1er août 2019.

m. Le 5 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge sa formation CFC du 1er septembre 2019 au 30 août 2020.

n. Selon une note du service de réadaptation du 11 mars 2020, l'assuré était en arrêt depuis le 3 mars 2020, avec une hospitalisation aux HUG du 6 mars au 10 mars 2020, en raison d'une fissure anale importante. Il avait de très bonnes notes à l'école. Son employeur était bienveillant et le soutenait.

o. Le 30 avril 2020, l'assuré a informé l'OAI avoir repris son activité le 27 avril 2020 à 50%, le salon étant trop petit pour assurer le plein temps de tous les employés. Une échographie avait mis en évidence une déchirure des deux muscles du périnée, qui prouvait ses douleurs.

p. Le 6 mai 2020, le professeur F_____, spécialiste FMH en chirurgie, spécialiste en proctologie et périnéologie, a informé le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, qu'il avait examiné l'assuré et que celui-ci présentait une histoire relativement complexe, débutant certainement dans son enfance par un abus à l'âge de 8 ans, avec dans les suites une obésité le poussant à une perte de 40 kg en un an, accompagnée d'une activité sportive importante et d'une meilleure alimentation. Alors qu'il faisait du sport et portait environ 15 kg, il avait chuté dans des escaliers, avec une rotation externe du membre inférieur gauche et une sensation d'hyperalgie au niveau du périnée. Depuis lors, il avait des douleurs persistantes au membre inférieur gauche lors des rotations, notamment à la rotation interne, lesquelles irradiaient à la face postérieure de la cuisse jusqu'au niveau de la zone d'Achille parfois.

Le patient avait signalé un deuxième problème quelques jours auparavant, à savoir que lors d'un rapport anal, il avait ressenti une douleur importante, laissant suspecter une infection sexuellement transmissible. Le dernier examen HIV semblait négatif, de même qu'une sérologie de chlamydia et de syphilis. Pour ce qui était de la douleur, le médecin était frappé par l'existence d'une contracture

importante du muscle releveur de l'anus avec difficulté de relaxation de ce dernier. Seule une prise en charge par physiothérapie et ostéopathie pelvienne et péri trochantérienne semblait utile.

q. Le 11 juin 2020, le Dr G_____ a indiqué que l'assuré était suivi par sa consultation pour une affection médicale depuis le 5 septembre 2019 et qu'il présentait les limitations fonctionnelles suivantes : travail en position debout prolongée, travail en position assise prolongée, travail avec l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale, port de charges supérieures à 10 kg prolongé.

D. **a.** Le 13 juillet 2020, l'assuré a informé le service de réadaptation professionnelle de l'OAI qu'il s'était fait une déchirure musculaire au niveau du plancher pelvien et que cela avait déséquilibré toute sa posture et impactait ses cervicales. Il finissait son apprentissage le 30 août suivant et n'avait aucune perspective, car la coiffure lui causait de grosses douleurs entre les cuisses et au niveau des cervicales et des épaules. Il n'habitait plus avec ses parents depuis trois semaines, car il était gay et que cela ne se passait pas bien avec eux. Durant trois ans, il avait persévéré dans son apprentissage malgré la douleur, mais à présent il ne le pouvait plus et il était inquiet pour son avenir professionnel et financier. Le chômage lui avait dit de s'adresser à l'OAI, mais il se demandait s'il devait aller à l'Hospice général afin d'assurer ses arrières, car son contrat se terminait le 30 août.

b. Le 5 novembre 2020, le service de réadaptation a demandé au SMR de se prononcer sur les limitations fonctionnelles invalidantes et la capacité de travail de l'assuré dans l'activité de coiffeur, pour laquelle il était aujourd'hui qualifié, et dans une activité davantage adaptée.

c. Le 16 décembre 2020, la doctoresse H_____, médecin SMR, a retenu, en tenant compte des atteintes psychiatriques et somatiques de l'assuré telles qu'elles ressortaient du dossier, un début d'aptitude à la réadaptation dès décembre 2014. Dès le 22 novembre 2016, la capacité de travail était de 60%, puis elle avait passé à 100% dès le 28 août 2017, dans une activité adaptée légère, simple, effectuée en milieu peu stressant, impliquant peu d'échanges avec autrui, sans ports de charges répétés de plus de 5 kg, ni station statique prolongée debout ou assise, porte-à-faux du rachis et travail des bras au-dessus de l'horizontale. L'activité de coiffeur ne respectait pas ces limitations. L'assuré était inscrit au chômage en août 2020 pour une activité à 80%.

d. Le 21 décembre 2020, Monsieur I_____, responsable du département de physiothérapie et ergothérapie de l'hôpital de la Tour, a indiqué que l'assuré avait un déficit de flexion dorsale de cheville majeur à gauche et un déficit d'extensibilité des muscles de la chaîne postérieure et qu'il y avait une suspicion de conflit de la hanche gauche qui pouvait expliquer les douleurs du patient.

e. Le 15 février 2021, les ÉPI ont convoqué l'assurée pour une entrée en stage dans son unité d'évaluation et d'orientation le 1er mars 2021.

f. La Dresse C_____ a certifié, le 17 février 2021, qu'après 7 ans de thérapie, l'assuré présentait une très bonne évolution de son état psychique. Il avait réussi en trois ans un CFC de coiffeur avec de très bons résultats malgré des problèmes de santé physique provoquant des douleurs. Il présentait actuellement une stabilité psychique émotionnelle lui permettant d'avoir des relations sociales de bonne qualité. Les troubles du comportement dus à l'anxiété avaient disparu, ce qui améliorait son aisance sociale au sein d'un groupe.

g. Le 19 février 2021, le Dr G_____ a certifié que l'assuré présentait des troubles dégénératifs de la cheville gauche au niveau du sinus du tarse qui contre-indiquaient la position debout prolongée ainsi que la position accroupie ou la marche sur terrains irréguliers. Les prises en charge déjà effectuées étaient restées sans effet (physiothérapie, ostéopathie, infiltration).

E. **a.** Dans un rapport de surveillance MOP du 25 février 2021, il était proposé de mettre en place une orientation professionnelle sur 13 semaines auprès des ÉPI, en application de l'art. 15 LAI, pour définir des pistes professionnelles adaptées et réalistes.

b. Le 25 février 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'une orientation professionnelle qui aurait lieu auprès des ÉPI du 1er mars au 31 mai 2021.

c. Les ÉPI ont indiqué, dans un rapport du 6 avril 2021, que depuis le début de la mesure, il avait été observé que l'assuré avait une faible résistance et endurance, de nombreuses absences pour maladie, des difficultés à tenir les positions, une concentration aléatoire et difficile sur la durée, un état de santé physique non stabilisé, une fragilité psychologique et un manque de maturité. Il était difficile d'élaborer un projet professionnel au vu de son état de santé physique et psychologique actuel. Les ÉPI se demandaient s'il ne fallait pas interrompre la mesure d'orientation et envisager à la place une mesure de réinsertion.

d. Selon une note de travail établie le 16 avril 2021 par le service de réadaptation, la représentante des ÉPI avait indiqué qu'un stage sur le marché de l'emploi semblait à ce stade fort peu probable. Il avait été convenu de poursuivre la mesure à 50%, ce qui permettrait d'évaluer si cela avait un impact sur la mesure.

e. Dans un rapport du 28 avril 2021, les ÉPI ont indiqué que sans sous-estimer ses limitations physiques, les limitations psychiques de l'assuré prenaient le dessus. Il y avait une absence totale de continuité, ce qui rendait l'accompagnement difficile, ainsi qu'un crescendo dans l'instabilité émotionnelle et psychique. L'assuré n'avait pas beaucoup de filtres et partait dans tous les sens. Il donnait un sentiment d'exagération lorsqu'il décrivait certaines situations. Il disait que lorsqu'il ne consommait pas de cannabis, il pouvait partir en paranoïa, ce qui semblait être le cas à la lecture de ses courriels. Cela étant, il avait toujours été respectueux avec les encadrants.

f. Le 28 avril 2021, l'assuré a informé l'OAI et les ÉPI avoir trouvé un emploi et qu'il souhaitait arrêter la mesure.

g. Le 10 mai 2021, l'OAI a informé l'assuré que la mesure d'orientation professionnelle auprès des ÉPI serait interrompue dès le 30 avril 2021.

F. **a.** Le 11 mai 2021, le service de réadaptation a demandé au SMR de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

b. Dans son avis du 1er juin 2021, la Dresse H_____ a rappelé qu'une incapacité totale de travail dans les activités habituelles de vendeur, serveur et coiffeur était retenue pour l'assuré depuis février 2014, avec une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 28 août 2017. L'assuré avait transmis un certificat médical de la Dresse C_____ du 17 février 2020, qui décrivait une évolution favorable depuis 2014 sans limitations fonctionnelles au plan psychiatrique.

Au vu du rapport établi par le Dr G_____ le 19 février 2021, il fallait ajouter aux limitations déjà retenues la position accroupie et la marche en terrain irrégulier.

Les limitations fonctionnelles en lien avec les coxalgies avaient été déjà prises en compte dans les précédentes conclusions du SMR et étaient respectées dans une activité adaptée légère, sans port de charges lourdes ni station statique prolongée. L'exigibilité restait entière depuis le 28 août 2017 dans une activité adaptée légère respectant les limitations fonctionnelles.

c. Dans un rapport du 1er juin 2021, les ÉPI ont indiqué que la mesure d'orientation professionnelle s'était déroulée intégralement d'abord à temps complet, puis à 50% dès le 19 avril 2021. Les observations mettaient en évidence chez l'assuré une faible résistance/endurance, une difficulté à tenir les positions, de nombreux départs anticipés à cause des douleurs qu'il disait ressentir et des difficultés d'attention et de concentration sur la durée. L'instabilité émotionnelle de l'assuré, alimentée par son anxiété et sa mauvaise gestion du stress, expliquait son inconstance et ses revirements dans la recherche de pistes et l'élaboration d'un projet professionnel. Les secteurs professionnels du multimédia et de l'administratif avaient été abordés, mais rejetés par l'assuré, ce qui n'avait pas permis de construire un projet professionnel. Le 28 avril 2021, l'assuré avait souhaité arrêter la mesure et il avait signé un contrat de travail pour un emploi avec une entrée en fonction le 4 mai 2021. Il s'agissait d'une activité de vendeur à temps partiel dans une boutique de produits esthétiques à Nyon. En conséquence, l'OAI avait interrompu la mesure au 30 avril 2021.

d. Le 24 juin 2021, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a considéré que les conditions objective et subjective n'étaient plus remplies pour la mise en place d'autres mesures de réadaptation et il a clôturé son mandat de réadaptation, en retenant un degré d'invalidité de 17.5% pour la partie professionnelle.

G. **a.** Par projet de décision du 9 juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'à partir du 1er mai 2015, il lui reconnaissait le droit à une rente entière avec un taux d'invalidité de 100%, puis dès le 1er mars 2017, à une demi-rente avec un taux d'invalidité de 51% et enfin, dès le 30 novembre 2017, son droit à la rente était supprimé, en raison d'une exigibilité d'activité professionnelle à plein temps.

À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI lui reconnaissait une incapacité totale de travail dans toute activité dès février 2014 (début du délai d'attente d'un an). À l'échéance de ce délai, son incapacité de travail de 100% se confondait avec le degré d'invalidité et ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité.

La demande de prestations avait été déposée le 19 novembre 2014, de sorte que le droit à la rente était ouvert dès le 1er mai 2015 (art. 29 al. 1 LAI).

À partir de novembre 2016, son état de santé s'était amélioré et sa capacité de travail était de 60% dans une activité adaptée. Dès août 2017, elle était de 100% dans toute activité adaptée entrant en ligne de compte. La diminution et la suppression de la rente ne pouvaient prendre effet que lorsque l'amélioration de la capacité de gain avait duré trois mois sans interruption notable. L'OAI avait donc procédé à une nouvelle comparaison des gains pour la capacité de travail de 60%. Le revenu sans invalidité avait été fixé à CHF 75'150.- et le revenu avec invalidité à CHF 37'209.-, ce qui donnait une perte de gain de CHF 37'941.- et un taux d'invalidité de 51%, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 2017.

L'OAI avait procédé à une nouvelle comparaison des gains pour la pleine capacité de travail en août 2017, avec un revenu sans invalidité de CHF 75'150.- et un revenu avec invalidité de CHF 62'015.-, soit une perte de gain de CHF 37'941.-, et un taux d'invalidité de 18%, qui n'ouvrait plus à l'assuré de droit à une rente d'invalidité.

Des mesures de reclassement professionnel ne pouvaient lui être octroyées, dès lors que la condition d'une perte de gain de 20% n'était pas remplie. Des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à réduire le dommage de manière notable, dans la mesure où elles ne permettraient pas à l'assuré d'augmenter sa capacité de gain.

b. Le 19 août 2021, l'assuré s'est opposé au projet de décision, considérant que sa santé ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité à ce jour. Il avait d'ailleurs un entretien qui était fixé avec un chirurgien au mois d'août, à Fribourg, en raison de la complexité de son cas.

c. Le 26 août 2021, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu en consultation l'assuré, qui présentait des coxodynies et des douleurs atypiques du membre inférieur gauche, avec des coxalgies à gauche depuis plusieurs années. Une coxométrie avait mis en évidence un manque d'antéversion avec une rétroversion légère de la cotyle, qui provoquait un conflit mixte de la hanche

droite. Le médecin avait référé l'assuré au docteur K_____, à la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de Fribourg, pour un avis et une prise en charge.

d. Le 5 octobre 2021, le SMR a considéré que le rapport du Dr J_____ du 26 août 2021 n'était pas de nature à modifier ses conclusions précédentes qui restaient valables.

e. Par décision du 22 octobre 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision.

f. Le 11 février 2022, l'OAI a restitué à l'assuré le délai de recours, celui-ci ayant fait valoir qu'il n'avait pu attaquer la décision du 22 octobre 2021

H. **a.** Le 16 février 2022, l'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'OAI, faisant valoir que depuis septembre 2020, il était incapable de travailler. Il ne demandait pas une rente d'invalidité, car les opérations à venir avaient pour but de lui rendre sa capacité de travail et sa joie de vivre, mais il souhaitait être indemnisé et soutenu financièrement durant sa période d'invalidité, liée à l'intervention chirurgicale et sa convalescence, puis obtenir une mesure de réadaptation, une fois rétabli.

b. Le 23 février 2022, le recourant a informé la chambre de céans de l'annulation de l'opération de la hanche gauche, qui était prévue le 10 mars 2022, expliquant que son studio n'était pas adapté à sa convalescence et qu'il lui fallait des indemnités journalières pour pouvoir déménager.

c. Dans sa réponse du 30 mars 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Selon le SMR, une aggravation de l'état de santé du recourant pouvait être admise à partir de novembre 2021, soit postérieurement à la décision litigieuse.

d. Lors d'une audience du 4 mai 2022 devant la chambre de céans :

- le recourant a notamment déclaré qu'il estimait être en incapacité totale de travail depuis septembre 2020 et que son état se dégradait depuis 2015. Il souhaitait travailler à 100%, car il était créatif et hyperactif. Il était limité pour s'asseoir, marcher, passer aux toilettes, surtout depuis deux ans. Cela lui faisait très mal. Il s'agissait partiellement des conséquences des deux accidents de la voie publique qu'il avait eus. Il avait des problèmes aux deux hanches dus à la maladie et des douleurs au dos, dans le bassin et dans la jambe gauche. Cela avait pris 8 ans pour que l'on reconnaisse qu'il avait des douleurs liées à des causes somatiques, ce qui avait été constaté par le Dr L_____ et l'avait conduit à consulter un médecin de Fribourg, qui avait diagnostiqué une antéversion du fémur. Le recourant souhaitait obtenir une réorientation professionnelle avec des indemnités journalières et non une rente. Il allait prochainement être opéré aux HUG par le professeur M_____, du département de chirurgie des HUG, ce qui impliquerait une convalescence de 10 mois. Pour l'instant, son opération n'était pas encore fixée, mais elle devrait avoir lieu dans 4 ou 5 mois.

- La représentante de l'intimé a indiqué que l'aggravation était postérieure à la décision et que la situation n'était pas stabilisée sur le plan médical et qu'il n'était pas adéquat de procéder maintenant à une réadaptation. Il faudrait voir la situation après l'opération. L'intimé n'instruisait pas une nouvelle demande pendant une procédure de recours.

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

Le recours adressé le 16 février 2022 par l'assuré à la chambre de céans a été interjeté dans le délai de 30 jours dès la nouvelle notification, le 11 février 2022, de la décision du 22 octobre 2021, de sorte qu'il est recevable.

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4.

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

4.2 En l'espèce, les conclusions du recourant, qui a agi en personne, ne sont pas très claires. Il convient de les interpréter et d'examiner son droit à une rente d'invalidité dès septembre 2020, puisqu'il s'estime totalement incapable de travailler depuis lors, étant relevé que des indemnités journalières n'entrent pas en ligne de compte si l'assuré se trouvait comme il le prétend incapable de travailler (art. 22 LAI).

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 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).

5.2

5.2.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

5.2.2 En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous

les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel

n’est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l’assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu’on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l’autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d’autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l’assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s’assurer qu’une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d’autres difficultés de vie.

Il s’agit, encore, de se demander si l’atteinte à la santé limite l’assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l’exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l’assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d’activité sociale de l’assuré avant et après la survenance de l’atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n’est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l’absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d’une incapacité (inévitable) de l’assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s’appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d’autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l’expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l’atteinte à la santé et si son évaluation de l’exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d’appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l’existence de limitations fonctionnelles

dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

5.3 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 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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).

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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail.

Dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

5.4 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).

5.5 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de

recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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).

5.6 De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

6.

6.1 En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 28 août 2017, sur la base d'un avis de la Dresse H_____, médecin SMR, du 16 décembre 2020, qui concluait, au vu du dossier, que les atteintes principales étaient un trouble de la personnalité sans précision, actuellement non décompensé, et un TDAH. Comme atteintes qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, elle retenait un syndrome somatoforme douloureux persistant, sans indices de gravité jurisprudentiels, un syndrome de dépendance au cannabis, actuellement abstinent, des omalgies droites sur tendinopathie du sus-épineux, une lésion musculaire du plancher pelvien au détriment du muscle obturateur interne gauche, une hémochromatose et des antécédents d'obésité. L'incapacité de travail à 100% avait débuté dès février 2014. La capacité de travail était de 0% dans les activités habituelles de vendeur, serveur, coiffeur.

La Dresse H_____ a retenu une capacité de travail de 60% dès le 22 novembre 2016, sur la base du rapport médical de la Dresse C_____ du 26 novembre 2016.

Elle a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 28 août 2017, en tenant compte du fait qu'à cette date, l'assuré avait commencé une formation professionnelle à 100% dans le domaine de la coiffure et en retenant que l'activité devait être effectuée dans un milieu peu stressant,

impliquant peu d'échanges avec autrui, sans ports de charges répétés de plus 5 kg, sans station statique prolongée debout ou assise, sans porte-à-faux du rachis, sans travail des bras au-dessus de l'horizontale.

Dans son avis du 1er juin 2021, la Dresse H_____ a retenu, comme nouveaux diagnostics incapacitants, des troubles dégénératifs de la cheville gauche, sur la base d'un rapport établi le 19 février 2021 par le Dr G_____, et un conflit fémoro-acétabulaire gauche, sur la base d'une coxométrie par CT de la hanche du 27 avril 2021, réalisée à la demande du Dr L_____. Elle a estimé que les limitations dues à l'atteinte à la hanche étaient déjà incluses dans ses précédentes conclusions et qu'il fallait ajouter comme limitations, la position assise et la marche en terrain irrégulier pour l'atteinte à la cheville. Elle concluait que l'exigibilité restait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Les avis du SMR ne répondent pas aux critères d'une expertise, de sorte qu'une instruction complémentaire doit être ordonnée si leurs conclusions sont remises en doute, même légèrement.

Or tel est le cas en l'occurrence. En effet, dans son avis du 1er juin 2021, la Dresse H_____ n'a pas suffisamment tenu compte des constats faits par les ÉPI, tels qu'ils ressortent du rapport du service de réadaptation du 16 avril 2021. Son avis du 1er juin 2021 n'est en effet pas motivé sur ce point et il ne semble pas que la Dresse H_____ ait eu connaissance du rapport établi le 1er juin 2021 par les ÉPI. Ce rapport mettait en évidence chez l'assuré une faible résistance/endurance, une difficulté à tenir les positions, de nombreux départs anticipés à cause des douleurs qu'il disait ressentir, des difficultés d'attention et de concentration sur la durée, une instabilité émotionnelle alimentée par une anxiété et une mauvaise gestion du stress.

Ce rapport suscite de sérieux doutes quant à la capacité de travail du recourant tant sur le plan physique que psychique, lesquels justifiaient une instruction complémentaire.

Les rapports du Dr G_____ ne sont pas suffisamment détaillés pour établir clairement l'état de santé et la capacité de travail du recourant, ce d'autant plus que ce médecin ne prenait pas en compte la problématique de la hanche.

L'intimé aurait également dû attendre avant de confirmer son projet de décision le rapport complémentaire demandé par le Dr J_____ au Dr K_____, après avoir constaté qu'une coxométrie mettait en évidence un manque d'antéversion avec une rétroversion légère de la cotyle, ce qui constituait un fait nouveau.

Sur le plan orthopédique, il est donc nécessaire de compléter l'instruction, en commençant par une demande de rapports complémentaires auprès de médecins ayant examiné le recourant pour ses problèmes de hanche (soit le Dr K_____ et le Prof. M_____). Même si ces médecins sont intervenus auprès de l'assuré après la décision querellée, leur appréciation a un intérêt, car il est vraisemblable que

l'atteinte aux hanches du recourant était déjà présente avant cette décision. Sur la base de ces rapports, l'intimé devra décider si une expertise est nécessaire.

6.2 Au vu des rapports des ÉPI, il semble que la Dresse C_____ a pu minimiser l'atteinte psychique du recourant en retenant le 17 février 2021 qu'il présentait alors une stabilité psychique émotionnelle lui permettant d'avoir des relations sociales de bonne qualité et que ses troubles du comportement dus à l'anxiété avaient disparu, ce qui améliorait son aisance sociale au sein d'un groupe. En effet, cela paraît peu compatible avec le fait que les ÉPI avaient constaté une instabilité émotionnelle de l'assuré, alimentée par une anxiété et une mauvaise gestion du stress (rapport du 1er juin 2021) ainsi qu'une faible résistance et endurance, une concentration aléatoire et difficile sur la durée, une fragilité psychologique et un manque de maturité (rapport du le 6 avril 2021).

Une instruction complémentaire par le biais d'une expertise par un psychiatre ayant une bonne connaissance du TDAH apparaît dès lors nécessaire.

7. Au vu des considérations qui précèdent, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, au sens des considérants.

Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis 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 rendue le 22 octobre 2021 par l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire 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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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