RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/7/2022 **ATAS/969/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 novembre 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Arnaud MOUTINOT — recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1976, ressortissant algérien, est arrivé en Suisse le 10 février 2002.

b. L'assuré a été marié à deux reprises, tout d'abord avec Madame B_____, puis avec Madame C_____.

c. D'avril à juin 2005, l'assuré a été employé de production dans l'entreprise de pierres industrielles D_____ SA. Il a par la suite bénéficié des indemnités de chômage avant de travailler, par l'intermédiaire de l'agence de placement E_____ SA, dans l'entreprise F_____, active dans le dégommage des pierres, de mars à juillet 2006. Il a à nouveau émargé à l'assurance-chômage en septembre 2006.

B. **a.** Le 26 octobre 2006, alors qu'il était en vacances en Algérie, l'assuré a été victime d'un accident de voiture, suite auquel il a notamment été inconscient pendant un jour et demi, et a souffert de diverses coupures, ainsi que de douleurs au tronc, faces ventrale et dorsale. Il a également présenté des vertiges, des nausées et des vomissements le soir même de l'accident.

De retour en Suisse, l'assuré a annoncé l'événement à la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA), qui lui a versé les prestations légales jusqu'en 2009.

b. À la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné du 11 avril 2007 au 9 mai 2007 à la Clinique romande de réadaptation (CRR), où les médecins ont diagnostiqué diverses atteintes somatiques. Sur le plan psychique, un état de stress post-traumatique (PTSD) dû à des événements traumatiques (séparation et divorce des parents dans le cadre d'un conflit conjugal violent, scènes terribles vécues durant le service militaire en Algérie, accident de la circulation) avec intrusions, conduites d'évitement et état d'hyperéveil, a en outre été constaté par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. rapport du 26 avril 2007).

C. **a.** Le 9 novembre 2007, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI-VD), visant l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

b. Après avoir recueilli diverses pièces médicales et l'avis du service médical régional (SMR), l'OAI-VD a retenu, dans trois décisions séparées notifiées à l'assuré le 15 mars 2012, une capacité de travail de 0% du 26 octobre 2007 au 28 février 2009, de 100% dans une activité adaptée dès le 1er mars 2009, de 0% dans toute activité du 11 janvier 2010 au 31 mars 2011 et, enfin, de 100% dès le

1er avril 2011 dans une activité adaptée, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2007 au 31 mai 2009, puis du 1er janvier 2010 au 30 juin 2011. À compter du 1er juillet 2011, la rente était supprimée, le degré d'invalidité - 10% - étant insuffisant pour permettre son maintien.

Le recours interjeté contre ces décisions a été déclaré irrecevable par la Cour des assurances sociales du canton de Vaud (cf. arrêt AI 80/2012 – 252/2012 du 18 juillet 2012).

D. **a.** Le 3 octobre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI), motivée par une dépression, un syndrome de stress post-traumatique, une hernie C2-C3 et une opération au niveau cervical C5-C6, notamment.

b. L'OAI a rejeté cette nouvelle demande en date du 24 septembre 2014, faute d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, dont il a estimé qu'il avait conservé une pleine capacité de travail dans toute activité.

c. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a partiellement admis en date du 15 juillet 2015 (ATAS/552/2015), en ce sens qu'elle a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, la Cour a estimé que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé, notamment sur le plan psychique.

d. Après avoir recueilli d'autres pièces médicales, l'OAI a mandaté pour expertise les docteurs H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Dans son rapport du 10 avril 2017, le Dr I_____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent en rémission (F 33.4), personnalité borderline (F 60.31) et status post-état de stress post-traumatique, dont il a estimé qu'aucun n'avait d'incidence sur la capacité de travail. Quand bien même l'assuré avait présenté un trouble dépressif avec des hauts et des bas, sa sévérité n'avait jamais été assez importante pour entraîner une totale incapacité de travail.

Quant au Dr H_____, il a retenu, dans son rapport du 22 mai 2017, les diagnostics de syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ni signe de discopathie, status post-traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère, status post-fracture de l'apophyse articulaire inférieure gauche de C5, status post-infiltrations C5-C6 en 2008, et C6-C7 en 2009, status post-discectomie C5-C6 et C6-C7 et arthrodèse. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a mentionné des omalgies droites, probablement d'origine spondylogène, des dorsalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, un status post-cunéiformisation de D8, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme, une diminution du seuil de tolérance à la douleur, un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ni signe de discopathie, une minime discopathie L5-S1, des céphalées chroniques et un status

post-ulcère d'estomac en 2003. S'y ajoutait un syndrome d'amplification de la douleur avec signes de non-organicité, dont l'ampleur était estimée à 80% de la symptomatologie douloureuse. La capacité de travail dans l'activité habituelle, vu que l'assuré devait porter des charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive, pouvait, après concertation avec le Dr I_____, être estimée à 50%. Il n'y avait pas de contre-indication à proposer des mesures de réadaptation. Des points de vue tant rhumatologique que psychiatrique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, déjà intégrée dans l'appréciation de la capacité de travail.

e. Par décision du 15 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité n'avait pas évolué depuis avril 2011 et restait inférieur au seuil ouvrant droit à un reclassement et à une rente.

f. Par arrêt du 12 septembre 2019 (ATAS/857/2019), la Cour de céans, sur recours, a annulé la décision de l'OAI et lui a renvoyé la cause. Elle a considéré que le rapport du Dr I_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, outre de nombreuses contradictions, l'expertise était lacunaire, ne répondant notamment pas à la question essentielle de la survenance d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

g. L'OAI a alors mandaté, pour expertise, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 27 février 2020, a retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique parfois sévères, sans symptômes psychotiques présents depuis le début de l'âge adulte (F33.11/F33.2), facteurs psychologiques ou comportements associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs « avec indices de gravité jurisprudentiels remplis » (F54) et modification traumatique de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Selon l'expert, les troubles dépressifs récurrents, moyens à sévères selon les périodes, sans symptômes psychotiques, avaient entraîné, depuis le début de l'âge adulte, des limitations fonctionnelles significatives cliniquement (ralentissement psychomoteur modéré à sévère, troubles de la concentration modérés à sévères, fatigue, tristesse présente la plupart de la journée, faible estime de soi, isolement social et vécu traumatique très important). En lien avec la modification traumatique de la personnalité, lesdits troubles dépressifs avaient empêché une formation et un travail stable. Pour le Dr J_____, les critères jurisprudentiels de sévérité étaient remplis depuis le début de l'âge adulte.

h. Interpellé par l'OAI, l'expert a précisé en date du 10 avril 2020 que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis une période antérieure à son arrivée sur le territoire suisse, sans évolution notable, l'intéressé n'ayant pu travailler que trois mois au maximum en 2006.

i. Le 26 juillet 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande, au motif que les conditions

d'assurance n'étaient pas réalisées, dès lors que l'atteinte à sa santé était invalidante depuis le début de l'âge adulte, soit une date antérieure à son arrivée en Suisse, en 2008.

j. Par décision formelle du 18 octobre 2021, l'OAI, considérant que le rapport d'expertise du Dr J_____ permettait d'écarter toute aggravation de l'état de santé de l'assuré postérieure à la décision du 15 mars 2012 entrée en force, a rejeté la demande de prestations. Il a pour le surplus qualifié l'avis de l'expert quant à une incapacité de travail antérieure à l'arrivée en Suisse d'appréciation différente d'un même état de fait.

E. **a.** Le 3 janvier 2022, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, préalablement, à la constatation d'une violation du principe de célérité, principalement, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI. En substance, il argue qu'il y a eu changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité le 15 mars 2012.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 14 février 2022, a conclu au rejet du recours. Selon lui, l'expertise du Dr J_____ est cohérente. Il relève qu'elle n'a d'ailleurs pas fait l'objet de critiques de la part du recourant.

c. Dans sa réplique du 22 avril 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions et arguments.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Par ailleurs, 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, datée du 18 octobre 2021, a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (ci-après : aLAI et aRAI lorsque la disposition en question a été modifiée).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur une éventuelle modification des faits entre les décisions du 15 mars 2012 et du 18 octobre 2021 et sur les conditions d'assurance.

6. Il convient en premier lieu de se prononcer sur le grief du recourant tendant à constater une violation du principe de célérité.

6.1. Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le caractère raisonnable ou adéquat s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances. L'art. 29 al. 1 Cst. consacre le principe de la célérité, dans le sens où il prohibe le retard injustifié à statuer (ATF 130 1 312 consid. 5.1). L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire et les circonstances font apparaître comme raisonnable (arrêt du Tribunal fédéral 1B_232/2018 du 4 juin 2018 consid. 3).

6.2. La LPGA ne fixe pas de délai à l'assureur pour statuer. Toutefois, la procédure en assurances sociales doit être rapide, exigence qui dans le domaine des prestations est en lien avec le droit à des conditions minimales d'existence (Miriam LENDFERS *in* Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozial-versicherungsrechts, 2020, n. 41 ad art. 56 LPGA). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu qu'un délai de 15 mois pour trancher une procédure administrative ne relevait pas d'un déni de justice au vu des mesures d'instruction particulières nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_190/2007 du 24 septembre 2007 consid. 4.1). À teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le droit de recours en vertu de cette disposition sert à

mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. Cst. (arrêt du Tribunal fédéral 9C_687/2008 du 12 mars 2009 consid. 3.1).

6.3. La jurisprudence a admis qu'un droit à la constatation d'une éventuelle violation du principe de la célérité subsiste sous l'angle de l'art. 29 al. 1 Cst., indépendamment du déni de justice formel. Cette constatation constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Elle peut également jouer un rôle pour la répartition des frais et dépens dans l'optique d'une réparation morale (arrêt du Tribunal fédéral 2P.333/2005 du 18 avril 2006 consid. 3.2 ; pour un exemple de constatation de violation du principe de la célérité en assurances sociales, ATF 129 V 411 consid. 1.2).

6.4. En l'espèce, le recourant a déposé sa nouvelle demande le 3 octobre 2012. Par deux fois, il a interjeté recours auprès de la Cour de céans contre les décisions de l'OAI. Par deux fois, la Cour de céans lui a partiellement donné gain de cause et a renvoyé la cause à l'autorité intimée. Suite au dernier renvoi, le 12 septembre 2019, l'OAI a mandaté le Dr J_____ pour expertise. Ce médecin a établi son rapport en date du 27 février 2020 et l'a complété le 10 avril 2020.

Par la suite, plus de quinze mois se sont écoulés avant que l'OAI n'adresse un projet de décision à l'assuré, le 26 juillet 2021, et près de trois mois supplémentaires, pour qu'il lui notifie une décision formelle, le 18 octobre 2021.

Aucun élément du dossier ne permet de comprendre les raisons de ce délai, étant rappelé que le dernier rapport du Dr J_____ est daté du 10 avril 2020 et que le SMR s'est prononcé le 19 mai 2020. Hormis l'extrait du compte individuel du recourant, daté du 12 juillet 2021, aucune pièce supplémentaire n'a été versée au dossier dans l'intervalle.

Dans ces circonstances, force est de constater que l'intimé ne s'est pas prononcé sur la demande de prestations dans un délai raisonnable et qu'il a ainsi violé le principe de la célérité, à tout le moins depuis le renvoi de la cause, en septembre 2019.

7.

7.1. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et

s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

7.2. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

7.3. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

8.

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

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

9.

9.1. Selon l'art. 36 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Jusqu'au 31 décembre 2007, seule une année de cotisations était nécessaire.

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

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

9.2. Aux termes de l'art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), applicable à la fixation de la durée minimale de cotisations selon les art. 36 al. 2 LAI et 32 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; ATF 125 V 255), une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS (assurance facultative) pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale, soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 29ter al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (art. 29ter al. 2 let. c LAVS).

9.3. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b et la référence).

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

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

10.

10.1. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de

fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

11.

11.1. En l'espèce, se fondant sur le rapport du Dr J_____, l'autorité intimée a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité, en retenant, dans un premier temps, qu'il ne remplissait pas les conditions d'assurance lors de la survenance de l'invalidité (cf. projet de décision du 26 juillet 2021), puis, dans un second temps, que l'expert avait procédé à une appréciation différente d'un même état de faits, de sorte qu'il n'y avait pas eu modification des circonstances entre la décision du 15 mars 2012 et celle du 18 octobre 2021 (cf. décision du 18 octobre 2021).

Pour le recourant, la position de l'intimé est notamment en contradiction avec sa décision du 15 mars 2012 et celle de la SUVA du 28 février 2009, entrées en force, lesquelles concluaient à une capacité de travail entière. Il est ainsi d'avis, au vu des pièces du dossier, que son état de santé s'est bel et bien aggravé après la décision du 15 mars 2012.

11.2. À l'appui de leurs positions respectives, le recourant et l'autorité intimée se fondent sur le rapport du Dr J_____ du 27 février 2020, auquel les deux parties reconnaissent une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir de manière plus détaillée sur ce point.

En substance, dans ce rapport, l'expert psychiatre a retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique, parfois sévères, sans symptômes psychotiques depuis le début de l'âge adulte (F33.11/F33.2), facteurs psychologiques ou comportements associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs « avec indices de gravité jurisprudentiels remplis » (F54) et modification traumatique de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il a notamment considéré que les troubles dépressifs récurrents moyens à sévères selon les périodes, sans symptômes psychotiques,

avaient entraîné, depuis le début de l'âge adulte, des limitations fonctionnelles significatives cliniquement (ralentissement psychomoteur modéré à sévère, troubles de la concentration modérés à sévères, fatigue, tristesse présente la plupart de la journée, faible estime de soi, isolement social et vécu traumatique très important) et une totale incapacité de travail avant même l'arrivée de l'assuré en Suisse.

À ce stade, il convient de vérifier si l'avis du Dr J_____ doit être qualifié d'appréciation différente d'un même état de fait, comme le soutient l'OAI.

11.2.1. Force est tout d'abord de constater qu'une atteinte psychique est évoquée depuis 2007 déjà. Ainsi, lorsque l'assuré a séjourné à la CRR, le Dr G_____ a été le premier à retenir un diagnostic psychiatrique, à savoir un état de stress post-traumatique, qualifié de léger à moyen, sans répercussion sur la capacité de travail (cf. consilium psychiatrique du 17 avril 2007). Le médecin traitant du recourant, le docteur K_____, a apporté quelques précisions début 2018, en parlant d'une dépression réactionnelle, sans effet sur la capacité de travail, depuis le 26 octobre 2006 (rapport du 17 janvier 2008 du Dr K_____). Suite à son séjour à la CRR, l'assuré a consulté le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a évoqué un état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble dysthymique à début précoce (F34.1), sans précision quant à la capacité de travail résiduelle (cf. rapport du 12 octobre 2007). Le Dr L_____ a alors adressé l'assuré à la consultation de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Dans un premier avis, daté du 8 avril 2009, le SMR a retenu, en se fondant exclusivement sur le rapport de la CRR du 14 mai 2007, une atteinte psychique non incapacitante, sous la forme d'un status après état de stress post-traumatique.

C'est sur la base de cet avis que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré par décision du 24 septembre 2014.

A alors été versé au dossier le rapport de la doctoresse M_____ du 4 mars 2008. Il en ressort que le recourant est suivi depuis novembre 2007 et que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique (F33.2) a été retenu, sans que les effets sur la capacité de travail ne soient examinés, le rapport étant destiné à l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM).

L'assuré a une nouvelle fois séjourné à la CRR entre le 14 septembre et le 14 octobre 2010. Le consilium psychiatrique manque au dossier, mais il ressort du rapport établi le 15 novembre 2010, consécutivement à ce séjour, que le psychiatre n'a constaté aucun signe majeur évoquant un état de stress post-traumatique ou un trouble de thymie notoire.

Le 28 juin 2011, le SMR a émis un nouvel avis éludant la question de l'atteinte psychique et ne portant que sur l'atteinte somatique.

Par décisions du 15 mars 2012, l'OAI a accordé au recourant une rente entière limitée dans le temps, du 1er octobre 2007 au 31 mai 2009, puis du 1er janvier 2010 au 20 juin 2011.

11.2.2 Au vu des différents avis du SMR, il apparaît que cette rente limitée dans le temps a été octroyée en raison des atteintes somatiques, seules à être considérées comme incapacitantes (cf. avis des 8 avril 2009, 10 septembre 2010 et 28 juin 2011). Cela rejoint d'ailleurs les pièces au dossier, qui n'évoquent pas d'atteinte psychique incapacitante en 2012, le caractère invalidant des troubles psychiques ayant été mentionné dans des rapports de 2007 et 2008, période au cours de laquelle une incapacité de travail totale était déjà reconnue en raison des troubles somatiques.

Il ressort de ce qui précède qu'en 2012, le SMR et l'OAI considéraient que l'atteinte psychique n'était pas invalidante, ce que le recourant a du reste implicitement admis en ne procédant pas au versement de l'avance de frais réclamée suite au recours interjeté à l'encontre des décisions du 15 mars 2012 (cf. dans un cas similaire arrêt du Tribunal fédéral 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.2).

En d'autres termes, la question de la capacité de travail en mars 2012, du point de vue psychique, a été tranchée par des décisions qui sont entrées en force et qui lient la Cour de céans.

Par conséquent, il doit être considéré qu'entre le 1er juin et le 31 décembre 2009, ainsi que dès le 15 mars 2012, l'assuré ne présentait aucune atteinte psychique susceptible de justifier une incapacité de travail, que ce soit sous la forme d'un état de stress post-traumatique ou d'un trouble dépressif.

Dans cette mesure, les conclusions du Dr J_____ constituent une appréciation différente d'un même état de faits, dès lors qu'il retient une incapacité de travail continue du point de vue psychique et ce, depuis une date antérieure à l'arrivée de l'intéressé en Suisse.

11.2.3. Cependant, il est erroné de soutenir, comme le fait l'intimé, que les conclusions du Dr J_____ constituent également une appréciation différente d'un même état de faits pour la période postérieure aux décisions du 15 mars 2012.

En effet, suite au dépôt de la nouvelle demande de prestations, l'OAI a notamment recueilli l'appréciation de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a expliqué suivre l'assuré depuis juin 2012 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) existant depuis 2000, d'un état de stress post-traumatique (F43.1) existant depuis 1999 et d'un trouble de la personnalité, non spécifié (F60.9), entraînant une totale incapacité de travail depuis octobre 2006.

À ce stade, on peut légitimement se demander si l'OAI a correctement instruit la capacité de travail du point de vue psychique avant de statuer, le 15 mars 2012.

Cela étant, même si tel n'est pas le cas, la Cour de céans est liée par les conclusions – implicites – de l'OAI, quant à l'absence de troubles psychiques incapacitants, ces décisions étant entrées en force, faute de recours valable.

Il n'en demeure pas moins que, dans son rapport du 14 mai 2013, la Dresse N_____ mentionne une aggravation de l'état de santé de son patient, début mars 2013, ayant nécessité son hospitalisation à quatre reprises à la Clinique genevoise de Montana, du 21 mai au 10 juin 2013, pour un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique (F33.2; cf. rapport du 22 juillet 2013), du 15 octobre au 4 novembre 2014, pour un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (cf. rapport du 17 novembre 2014), du 5 novembre au 2 décembre 2016, pour un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec somatisations (cf. rapport du 24 janvier 2017) et, enfin, du 23 janvier au 8 février 2018, pour un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique (cf. rapport du 3 avril 2018).

Entre le deuxième et le troisième séjour, le recourant a également été hospitalisé à la CRR, du 12 janvier au 3 février 2016, où le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode léger à moyen, a été retenu (consilium psychiatrique du 21 janvier 2016).

Par la suite, la Dresse N_____ a posé, à plusieurs reprises, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère (F33.2), grave trouble de la personnalité mixte (F60.9, borderline, dépendant et passif-agressif) et antécédents d'état de stress post-traumatique, actuellement en rémission (F43.1; cf. rapports du 21 avril et 10 septembre 2018).

Force est de constater, au vu de ce qui précède, que la situation s'est effectivement aggravée du point de vue psychique et que les conclusions du Dr J_____ rejoignent en réalité celles des médecins ayant examiné le recourant depuis le 15 mars 2012.

Dans cette mesure, la Cour de céans est d'avis que les conclusions de l'expert précité peuvent être retenues dès le 1er mars 2013, date correspondant à l'aggravation de l'état psychique du recourant selon la Dresse N_____, objectivée par quatre hospitalisations entre 2013 et 2018.

12. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient que l'incapacité de travail du point de vue psychique remonte au 1er mars 2013 et la survenance de l'invalidité au 1er mars 2014.

Conformément à l'art. 36 al. 1 LAI, pour avoir droit à une rente ordinaire d'invalidité, le recourant doit compter trois ans de cotisations lors de la survenance de l'invalidité.

Or, les extraits du compte individuel au dossier ne permettent pas de vérifier que les cotisations ont bien été payées durant trois ans. En effet, selon l'extrait du compte individuel n°287.76.471.358 daté du 12 décembre 2007, le recourant a

cotisé pendant un an et demi (cf. pièce 17, p. 62, OAI). L'extrait de compte n° 1_____daté du 24 octobre 2012 comporte une mention « prévision » et n'indique aucune cotisation (cf. pièce 138, p 769, OAI). Il en va de même de l'extrait du compte n°1_____daté du 12 juillet 2021 (pièce 301, p. 2105, OAI). La Cour de céans constate que les documents précités portent sur deux comptes individuels différents, de sorte que les mises à jour effectuées par l'OAI semblent erronées.

Par ailleurs, si les ex-épouses du recourant ont cotisé le double de la cotisation minimale, la durée de cotisation est susceptible d'être remplie, ce que les extraits précités ne permettent pas de vérifier.

Partant, la cause sera renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sur la question de la durée de cotisation.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 18 octobre 2021 annulée. Il est constaté que le recourant est invalide depuis le 1er mars 2013. La cause est cependant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur la question des conditions d'assurance.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préalablement :

2. Constate que l'intimé a violé le principe de célérité.

Au fond :

3. Admet le recours.
4. Annule la décision du 18 octobre 2021.
5. Constate que le recourant est invalide depuis le 1er mars 2013.
6. Renvoie la cause à l'intimé pour que celui-ci examine les conditions d'assurance.
7. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
8. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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