

# **GE\_GERICHTE A/3768/2021 vom 14. Oktober 2022**

GE Cour de justice, 2022-10-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3768\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3768_2021)

FR: GE\_GERICHTE A/3768/2021 du 14 octobre 2022

IT: GE\_GERICHTE A/3768/2021 del 14 ottobre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).  
Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La décision contestée ayant été prise par l'OAI, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est établie.

### **E. 2**

Se pose la question du respect du délai de recours.

#### **E. 2.1**

##### **E. 2.1.1**

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, un recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours.  
Selon l'art. 38 al. 1 LPGA (par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), si un délai est compté en jours, il commence à courir le lendemain de la communication de l'acte à la personne concernée.

##### **E. 2.1.2**

Selon l'art. 37 al. 1 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas.  
Selon l'art. 37 al. 3 LPGA, tant qu'une partie ne révoque pas sa procuration, l'assureur social adresse ses communications au mandataire désigné. Ce principe a été posé dans l'intérêt de la sécurité du droit, afin d'établir une règle claire quant à la date de la notification pertinente pour le calcul du délai de recours ; ainsi, lorsqu'une décision est communiquée aussi bien à une partie qu'à son représentant, seule la date de la notification au représentant, conforme à l'art. 37 al. 3 LPGA, est déterminante pour la computation du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_266/2020 du 24 novembre 2020 consid. 2.3 ; 9C\_18/2016 du 7 octobre 2016 consid. 5.3.1 ; 9C\_387/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.2 ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 4<sup>ème</sup> éd. 2020, n. 25 ad. art. 37 LPGA).

### **E. 2.2**

En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimé a reçu, le 20 août 2021, un courrier d'ASSUAS l'informant de ce qu'elle représentait désormais le recourant avec élection de domicile. Une procuration en ce sens figure en outre dans le dossier de l'intimé. À la suite de ce courrier, l'intimé a adressé une communication directement à ASSUAS comme cela ressort du courrier du 22 août 2021. Il n'est pas non plus contesté que la décision querellée a été notifiée par pli recommandé directement à l'assuré malgré l'élection de domicile en faveur d'ASSUAS, et qu'elle n'a été envoyée qu'en copie en courrier B à cette dernière. Conformément aux principes précités, seule la date de notification au représentant du recourant, soit à ASSUAS, est déterminante pour la computation du délai de recours. La décision ayant été notifiée au représentant du recourant le 4 octobre 2021, le délai de recours est arrivé à échéance le 3 novembre 2021. Déposé auprès de la Poste suisse le 3 novembre 2021, le recours a donc été interjeté en temps utile. Dès lors qu'il respecte par ailleurs les formes prévues par la loi (cf. art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), le recours est recevable.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

À titre préalable, il convient de préciser que la révision du droit de l'assurance-invalidité, et en particulier de la méthode du calcul du taux d'invalidité, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 ne trouve pas application au présent litige. Celui-ci doit être tranché sur la base du droit applicable au moment où les faits pertinents pour la résolution du présent litige sont survenus (ATF 148 V 162 consid. 3.2.1 ; ATF 148 V 21 consid. 5.3 ; ATF 146 V 364 consid. 7.1). Or, en matière sociale, la prise en compte par un tribunal de faits survenus après la décision contestée est en principe exclue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 143 V 295 consid. 4.1.4). Le droit applicable dans le cas d'espèce est donc celui en vigueur au moment où la décision a été rendue, à savoir au 29 septembre 2021 (voir à titre d'exemples : arrêts du Tribunal fédéral 9C\_21/2022 du 15 juin 2022 consid. 2.2 ; 8C\_667/2021 du 8 juin 2022 consid. 3.1). Dès lors que cette décision est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

### **E. 5**

#### **E. 5.1**

Selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (cf. art. 13 LPG) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. S'agissant de la question de savoir si la résidence habituelle interrompue comprend la résidence illégale en Suisse, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la réalisation de la condition relative à la volonté d'une personne de s'établir durablement en un lieu, nécessaire pour l'établissement d'un domicile civil et donc l'assujettissement à l'AVS, n'était pas empêchée par l'absence de permis de séjour (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_675/2014 du 11 août 2015 consid. 4.3 ; 9C\_914/2008 du 31 août 2009 consid. 6.1). Il n'est cependant pas clair si cette jurisprudence fait référence uniquement à la condition du domicile actuel en Suisse, ou également à la condition supplémentaire des dix ans de résidence ininterrompue en Suisse

(voir sur ce point : arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 810/05 du 5 février 2007 consid. 7.1 [relatif à l'art. 9 al. 3 LAI] et arrêt du Tribunal fédéral 9C\_423/2013 du 26 août 2014 consid. 4.2 et 4.3 [relatif aux prestations complémentaires AVS/AI]. En outre, la durée du séjour en Suisse d'une personne au bénéfice du statut diplomatique d'un de ses parents, comme le recourant, n'est pas prise en compte au titre de la résidence ininterrompue de l'art. 6 al. 2 LAI (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 520/04 du 18 août 2005 consid. 4.3 ; I 645/02 du 20 juin 2003 consid. 6.2).

### **E. 5.2**

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

### **E. 6**

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

#### **E. 6.1**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

#### **E. 6.2**

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

avec la modification prévue à l'ATF 143 V 418 consid. 8.1).>![endif]>![if> Si un expert retient l'existence d'un ou plusieurs troubles médicaux de nature psychiatrique, il doit ainsi procéder à une évaluation de la capacité de travail du recourant en application de la procédure structurée normative. En principe, seul un trouble psychique grave est susceptible d'entraîner une incapacité de gain ; le cas échéant, il reviendra donc à l'expert de motiver de manière détaillée en quoi il existe des éléments qui permettent de conclure à une incapacité de travail de l'assuré en présence d'un trouble psychique de gravité moyenne ou légère (ATF 148 V49 consid. 6.2.2 ; ATF 143 V 40 consid. 4.5.2). Les indicateurs de la procédure structurée normative sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence. A. Axe « atteinte à la santé » 1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers 3. Comorbidités B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) C. Axe « contexte social » II. Catégorie « cohérence » A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

## **E. 7**

Pour évaluer un droit à une prestation sociale dépendant de l'état médical d'un assuré, il faut pouvoir se fonder sur des opinions médicales probantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1).>![endif]>![if> La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose en particulier la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 6.3).

### **E. 7.1**

Il n'existe pas de règles systématiques absolues en matière d'appréciation de rapport médicaux, le principe général restant l'appréciation libre de ceux-ci par le juge (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). Ainsi, la force probante d'un rapport d'expertise dépend en premier lieu sur le contenu de celui-ci, à savoir s'il est complet (au regard du /des trouble(s) médical/aux potentiel(s) de l'assuré), s'il se base sur l'anamnèse, les « plaintes » de l'assuré et tous les autres éléments factuels disponibles, s'il est clair dans son appréciation de la situation médicale et si le ou les résultat(s) auquel il parvient est/sont motivé(s) (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).>![endif]>![if>

### **E. 7.2**

Selon la jurisprudence fédérale, il est possible de distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaire sur la base de l'art. 61 let. c LPGA et du droit cantonal (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative) et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui sont subordonnés, ou réalisée par un médecin sur commande de l'assuré (« expertise » de partie).>![endif]>![if> S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne

contiennent pas de contradiction et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur pertinence (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), en ce sens qu'un tel rapport médical peut avant tout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c).

### **E. 7.3**

Dans le cadre d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire, l'existence d'un résumé consensuel des sous-expertises est recommandé mais pas indispensable ; chaque sous-expertise faisant partie d'une expertise pluridisciplinaire, y compris l'appréciation d'ensemble, peut être analysée pour elle-même en tant qu'élément de preuve en cas d'incohérence entre une ou plusieurs sous-expertises et le résumé d'ensemble lorsque celui-ci a été réalisé par un seul des experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_54/2021 du 10 juin 2021 consid. 2.2).

### **E. 8**

Dans sa décision du 29 septembre 2021, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 juillet 2021 pour retenir que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité alléguée de chauffeur dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Il convient donc d'examiner la force probante de ce rapport. En l'occurrence, le rapport d'expertise du 8 juillet 2021 retient que le recourant souffre d'une dysthymie (code F34.1 CIM-10), d'un état de stress post-traumatique en rémission (code F43.1 CIM-10), d'un trouble cognitif léger (code F06.7 CIM-10), et de troubles rachidiens cervicaux et lombaires dégénératifs de moyenne importance. Sur cette base, le rapport d'expertise retient que les limitations fonctionnelles de l'assuré sont l'absence de position debout ou assise prolongée, l'absence de flexion lombaire prolongée, l'absence de port de charges répété de plus de 10 kg, l'impossibilité de travailler en porte-à-faux ou en rotation du tronc, ainsi qu'une limitation sur le plan mnésique et un léger ralentissement sur le plan attentionnel. Après une mise en perspective de ces limitations fonctionnelles avec la personnalité du recourant et avec ses ressources, puis un contrôle de la cohérence, le rapport retient une capacité de travail de 70 % depuis juillet 2015 dans l'ancienne activité du recourant et de 100 % depuis juillet 2015 dans une activité adaptée.

#### **E. 8.1**

S'agissant de l'aspect psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ contient une motivation détaillée des diagnostics mentionnés dans le rapport consensuel. Selon ce spécialiste, le recourant exprimait un fort sentiment d'injustice en lien avec le traitement par la filière pénale genevoise de son agression du 4 juillet 2014, ce qui entraînait une démotivation. En revanche, rien ne laissait penser à un trouble d'humeur atteignant la gravité d'une dépression. Il concluait à l'existence d'une dysthymie, soit une baisse chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. S'agissant d'un potentiel stress post-traumatique, il semblait plausible qu'il eût existé, vu l'agression vécue par le

recourant, mais apparaissait être en rémission. Le recourant n'avait en effet montré aucun signe d'anxiété lors de son entretien avec le Dr J\_\_\_\_\_. Il avait en particulier affirmé être plus vigilant dans l'espace public mais sans avoir constamment peur d'être agressé. Le Dr J\_\_\_\_\_ a également procédé à une analyse des ressources du recourant. Selon lui, ses ressources personnelles étaient conservées. Cela concernait notamment son aptitude à la communication et au respect d'un cadre, sa capacité d'adaptation psychique, d'organisation, d'endurance, de concentration, et de prise de décision. Le recourant n'apparaissait en outre pas limité dans ses capacités relationnelles ni dans ses activités quotidiennes. Quant à ses ressources externes, il pouvait compter sur trois amis proches qui l'hébergeaient régulièrement. S'agissant enfin de la cohérence entre les plaintes du recourant et son comportement habituel, le Dr J\_\_\_\_\_ a noté qu'il existait une discrédence entre les symptômes attachés à une dépression ou à un stress post-traumatique et le fait que le recourant pût conduire et lire pendant plusieurs heures, ainsi que le fait qu'il eût arrêté de prendre son médicament (le Cipralex, soit un antidépresseur). Selon lui, la capacité de travail du recourant était entière sur le plan psychiatrique. L'appréciation de l'expert psychiatre apparaît cohérente et ne souffre d'aucune contradiction. Ses conclusions n'écartent pas un élément factuel disponible déterminant, elles sont motivées et claires. Il s'ensuit que le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ apparaît a priori convaincant. Son avis n'est pas non plus remis en cause par les opinions médicales présentes au dossier. Dans son courrier du 21 octobre 2021, le Dr F\_\_\_\_\_ retient certes que le recourant souffre d'un épisode dépressif actuellement sévère sans symptômes psychotiques (code F33.2 CIM-10), ainsi que d'un état de stress post-traumatique (code F43.1 CIM-10), et d'une anxiété généralisée (code F41.7 CIM-10). Selon ce médecin, ces diagnostics engendraient une incapacité de travail totale de l'assuré, y compris dans une activité adaptée. Or, ces diagnostics ne sont pas motivés. En particulier, ce médecin ne développe pas la raison pour laquelle ceux-ci diffèrent de ceux de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_. À cela s'ajoute qu'il conclut à une incapacité de travail totale sans même aborder les éléments prévus par la procédure structurée normative et sans mentionner de limitations fonctionnelles précises. Quant à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant du recourant, il n'est pas non plus à même de remettre en cause celui de l'expert psychiatre. En effet, son assertion selon laquelle les diagnostics retenus par l'expertise pluridisciplinaire, auxquels il se rallie, entraîneraient une incapacité de travail totale, y compris dans une activité adaptée, n'est que brièvement motivée. Il se contente d'affirmer sans explications que le recourant serait dans l'incapacité de mobiliser suffisamment de ressources psychiques et physiques pour trouver un emploi sur le marché du travail ce qui, à son sens, suffirait à ce qu'une rente complète lui soit octroyée. Du reste, les diagnostics psychiatriques auxquels s'est rallié le Dr D\_\_\_\_\_ sont légers. Or, conformément à la jurisprudence précitée, seul un trouble psychique grave est normalement susceptible d'entraîner une incapacité de gain. Pour faire exception à ce principe, il est nécessaire de disposer d'une opinion médicale détaillée procédant à une analyse selon le canevas de la procédure structurée normative, ce qui fait défaut en l'espèce.

## E. 8.2

S'agissant ensuite des aspects neurologique et généraliste, les appréciations des experts I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ sont motivées et n'apparaissent pas contradictoires. Le rapport d'expertise neurologique du Dr I\_\_\_\_\_ précise en particulier que l'examen du recourant et les examens neuroradiologiques n'ont pas permis d'établir une anomalie significative du système nerveux et périphérique. Il disposait d'une bonne mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire avec quelques douleurs lors des manœuvres de mobilisation.

Il ne présentait pas de signe d'atteinte sensitivo-motrice latéralisée ou d'atteinte cérébelleuse (atteinte au cervelet), et en particulier pas de trouble de l'équilibre. Le Dr I\_\_\_\_\_ a donc estimé que les constatations objectives de l'état neurologique n'expliquaient pas les plaintes du recourant, et que celles-ci étaient plutôt fondées sur des facteurs psychiques et sociaux-professionnels. Il retenait donc une capacité de travail entière sur le plan neurologique. Quant à l'examen du Dr H\_\_\_\_\_, celui-ci a permis de détecter l'existence de pathologies dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées de moyenne importance, mais sans conflit radiculaire franc, maladie également évoquée par le Dr I\_\_\_\_\_. Cette maladie fondait les limitations fonctionnelles évoquées plus haut, lesquelles justifiaient une réduction de rendement s'agissant de l'ancienne activité alléguée de chauffeur, mais pas dans une activité adaptée. Ces explications ne sont pas spécifiquement remises en cause par le recourant. En particulier, contrairement à ce qu'il prétend, le Dr H\_\_\_\_\_ ne tire aucune conclusion médicale du rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2014, lequel est simplement cité dans la partie introductive « situation initiale et aspects formels » de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise médicale administrative pluridisciplinaire emportent la conviction et ne sont pas remises en cause par les avis divergents des Drs F\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ et les critiques du recourant. En conclusion, il faut retenir que l'assuré est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée depuis le mois de juillet 2015.

## **E. 9**

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

### **E. 9.1**

En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (al. 2).! Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, une mesure de reclassement implique que le degré d'invalidité de l'assuré soit d'au moins environ 20% (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_500/2020 du 1 er mars 2021 consid. 2 ; 9C\_320/2020 du 6 août 2020 consid. 2.2).

### **E. 9.2**

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

consid. 3.1).!endif]>![if> Afin de déterminer laquelle de ces méthodes d'évaluation est applicable, il faut examiner quelle aurait été la situation de l'assuré au moment du prononcé de la décision administrative litigieuse en tenant compte notamment de la situation financière du ménage, de l'éducation des enfants, de l'âge de l'assuré, de ses qualifications professionnelles, de sa formation ainsi que de ses affinités et de talents personnels; il faut admettre la reprise d'une activité lucrative à temps partiel ou complet si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2).

### **E. 9.3**

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré selon la méthode générale de comparaison des revenus implique de comparer le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu hypothétique de valide) avec le revenu qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide) ; il faut ainsi diviser le revenu hypothétique de valide par le revenu d'invalide pour obtenir le taux/degré d'invalidité (ATF 148 V 174 consid. 6.1 ; ATF 143 V 295 consid. 2.1).!endif]>![if> Le moment déterminant pour effectuer la comparaison des revenus est celui du début de la rente d'invalidité putative en tenant compte des circonstances survenues jusqu'à la décision d'opposition sur la rente d'invalide (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3).

#### **E. 9.3.1**

Le revenu (hypothétique) de valide est celui que l'assuré aurait, avec haute vraisemblance, perçu sans l'évènement invalidant ; il se détermine en principe sur la base du dernier salaire perçu avant cet évènement, adapté à l'inflation et à une éventuelle hausse des revenus dans la branche économique concernée (ATF 145 V 141 consid. 5.2.1 ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré il convient de se fonder, en premier lieu, sur les renseignements fournis par l'employeur et sur les revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_289/2021 du 3 février 2022 consid. 3.1.2 ; 8C\_679/2020 du juillet 2021 consid. 5.1). !endif]>![if> Il convient cependant de faire exception à la règle de la fixation du revenu hypothétique de valide sur la base du dernier revenu lorsqu'il est hautement vraisemblable que ce revenu n'aurait pas été perçu postérieurement à la survenance de la cause d'invalidité d'un assuré pour une cause étrangère à cette cause (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_500/2020 du 1 er mars 2021 consid. 4.1 ; 8C\_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.1 ; 8C\_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2 ; 8C\_41/2015 du 24 avril 2015 consid. 2.3). Dans ce cadre, il y a lieu de se référer en principe aux salaires statistiques médians de de l'enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS) (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.1 ; 8C\_148/2017 du 19 juin 2017 consid. 6.2.2 ; 8C\_741/2016 du 3 mars 2017 consid. 6). Pour établi un revenu hypothétique sur la base des ESS, il faut se baser sur les statistiques les plus récentes disponibles au moment de la décision administrative déterminante (ATF 143 V 295 consid. 2.3).

#### **E. 9.3.2**

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

revenu d'invalidé doit être calculé sur la base des salaires médians de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; ATF 143 V 295 consid. 2.1). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base ; il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_530/2015 , 8C\_563/2015 du 6 janvier 2016 consid. 6.2 ; 8C\_304/2014 du 20 avril 2015 consid. 6 ; 9C\_888/2014 du 4 février 2015 consid. 2 ; 8C\_365/2012 du 30 juillet 2012 consid. 7). Ainsi, le salaire statistique pertinent dans la fixation du revenu d'invalidé peut être réduit jusqu'à un maximum de 25 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré et d'autres circonstances personnelles et professionnelles concrètes de la personne concernée, qui sont objectivement de nature à influencer sa capacité de gain sur un marché du travail équilibré, et notamment son type de permis de séjour, son expérience professionnelle, et son taux d'activité maximum contraint (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 6.2). Les éléments qui sont pris en compte pour limiter de manière générale la capacité de gain d'un assuré ne peuvent, cependant, pas fonder un abattement du salaire statistique, car sinon ils seraient pris en compte à deux reprises dans la fixation du degré d'invalidité d'un assuré (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; ATF 146 V 16 consid. 4.1).

## **E. 10**

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a le statut d'assuré exerçant une activité lucrative, et aucun élément au dossier ne permet de considérer que cette appréciation de l'intimé serait manifestement erronée. Il convient donc de calculer le taux d'invalidité du recourant sur la base de ladite méthode de comparaison des revenus, soit en comparant ses revenus hypothétiques de valide et d'invalidé pour établir son degré d'invalidité.

### **E. 10.1**

S'agissant en premier lieu du revenu hypothétique de valide, le recourant affirme avoir travaillé en qualité de chauffeur privé lorsqu'est survenue la cause de son invalidité le 4 juillet 2014. L'extrait de compte individuel AVS du recourant ne fait toutefois mention de l'exercice d'aucune activité lucrative. En outre, une mesure d'instruction entreprise par la chambre de céans auprès de l'ancien employeur allégué du recourant, soit Gulf Service SA, a révélé qu'il n'a jamais été employé par cette société. Dans cette situation, il convient de considérer que le recourant n'a pas exercé d'activité en Suisse depuis à tout le moins le 22 septembre 2014, date de l'octroi de son droit de séjour actuel. Dans ces circonstances, il convient de se fonder sur les statistiques des ESS pour déterminer le revenu hypothétique de valide du recourant, de la même manière que ce qui est le cas pour une personne qui serait sans emploi pour une cause qui n'est pas liée à celle de son invalidité.

### **E. 10.2**

Dès lors que le recourant n'a pas retrouvé de travail depuis son agression, son revenu hypothétique d'invalidé doit également être fixé sur la base des statistiques de l'OFS. Comme établi au considérant 8, ce montant n'a pas à être réduit, la capacité de travail du

recourant dans une activité adaptée étant entière. Le montant de référence s'agissant du salaire hypothétique d'invalidé du recourant pour un temps plein est donc nécessairement identique à son revenu de valide sous réserve d'une réduction (abattement). L'intimé a procédé à un abattement de 10 % sur le salaire statistique. Au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir l'absence de position debout ou assise prolongée, l'absence de flexion lombaire prolongée, l'absence de port de charges répété de plus de 10 kg, l'impossibilité de travailler en porte-à-faux ou en rotation du tronc, ainsi qu'une limitation sur le plan mnésique et un léger ralentissement sur le plan attentionnel, et de son statut de droit des étrangers (permis B), l'abattement retenu par l'intimé n'apparaît en tout cas pas inadéquat au point qu'il se justifie de procéder à une appréciation divergente. Le montant de cet abattement n'est d'ailleurs pas spécifiquement contesté par le recourant. Le revenu hypothétique d'invalidé de l'assuré s'élève donc à 90 % de son revenu hypothétique de valide.

### **E. 10.3**

Au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité du recourant se monte à 10 % ( $[1 - 0.9] / 1$ ) depuis le mois de juillet 2015, comme l'a retenu l'intimé. Ce taux est inférieur à celui qui ouvre un droit à une mesure de reclassement ou à une rente d'invalidité. Il s'ensuit que le recourant n'a pas droit à ces prestations de la part de l'intimé.

### **E. 11**

En conclusion, le recours doit être rejeté. Au vu de ce qui précède, la question de savoir si le recourant remplit la condition de trois ans de cotisations effectives selon l'art. 36 al. 1 LAI (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C\_273/2022 du 23 août 2022 consid. 3.2) peut rester ouverte.

### **E. 12**

Au vu du sort du recours, il y aurait en principe lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument selon l'art. 69 al. 1 bis LAI. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient cependant d'y renoncer selon l'art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] ( ATAS/596/2021 du 10 juin 2021 ; ATAS/291/2021 du 31 mars 2021 consid. 20 ; ATAS/425/2016 du 30 mai 2016 consid. 12 ; ATAS/182/2016 du 3 mars 2016 consid. 8 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 10 ad. art. 69 LAI ; voir également : ATF 138 V 122 consid. 1). Dès lors qu'il succombe, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). \*\*\*\*\*  
**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :**

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.