

GE_GERICHTE A/421/2024 vom 18. August 2025

GE Cour de justice, 2025-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_421_2024

FR: GE_GERICHTE A/421/2024 du 18 août 2025

IT: GE_GERICHTE A/421/2024 del 18 agosto 2025

Erwägungen

E. 1.1

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.

E. 1.2

Interjeté dans la forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10) et en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), le recours est recevable.

E. 2

Le recours porte sur la conformité au droit du refus de prestations de l'AI au recourant.

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

E. 3.2

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en janvier 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 6 juillet 2021 (art. 29 al. 1 LAI). Les dispositions applicables seront par conséquent citées dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

E. 4.1

Selon l'art. 6 LAI, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé (al. 1). Les

étrangers ont droit aux prestations de l'AI, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle 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 (al. 2). Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. 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 Office fédéral des assurances sociales [ci-après : OFAS], Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [ci-après : CIRAI], n. 2100).

E. 4.2

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b et la référence). S'agissant d'une rente, tel est le cas au plus tôt lorsqu'en vertu de cette disposition et de l'art. 8 al. 1 LPGA, en conjonction avec l'art. 28 LAI, un assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2019 du 22 mai 2019 consid. 2.3). La date à laquelle une demande de prestations a été présentée – l'art. 29 al. 1 LAI prévoyant que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations – n'est ainsi pas déterminante pour dater la survenance de l'invalidité, qui dépend des conditions d'octroi de la prestation en cause, qu'il s'agisse d'une rente ordinaire ou extraordinaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_655/2015 du 14 décembre 2015 consid. 4).

E. 5

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI).

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). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6.2

Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance■invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

E. 6.3

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 6.4

Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1bis RAI).

E. 6.5

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié, d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour), et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence, d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par

rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif [après la procédure de consultation] du 3 novembre 2021 [ci-après : le rapport explicatif], ad art. 49 al. 1bis, p. 60).

E. 7.1

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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 7.2

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 (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une

activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 7.3

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

E. 7.4

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

E. 7.5

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources ; ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités

(consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 7.6

Le trouble de stress post-traumatique (CIM-10 ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (ATF 142 V 342 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement (ATF 142 V 342 consid. 5.2.2). Une motivation particulière est nécessaire dans les cas où, exceptionnellement et pour des motifs déterminés, une durée supérieure à six mois doit être prise en compte (arrêts du Tribunal fédéral 9C_571/2023 du 11 janvier 2024 consid. 6.2 et la référence ; 9C_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les références).

E. 7.7

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

E. 8.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 8.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge

n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

E. 8.3

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

E. 8.3.1

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

E. 8.3.2

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 ; 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

E. 8.3.3

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

E. 8.3.4

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 8.4

Le Tribunal fédéral a affirmé à plusieurs reprises, en se référant à l'ATF 127 V 294 consid. 4c, que dans l'assurance-invalidité, la possibilité de traiter une affection ne s'oppose pas de manière absolue à la survenance d'une invalidité donnant droit à une rente. En effet, la possibilité de traitement, considérée en soi, ne dit encore rien sur le caractère invalidant d'une atteinte à la santé. Une atteinte à la capacité de gain doit être établie et son ampleur déterminée dans chaque cas particulier, indépendamment de la classification diagnostique d'une affection et, en principe, indépendamment de son étiologie. La question déterminante est de savoir si l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle fournisse une prestation de travail. La naissance du droit à une rente d'invalidité suppose donc toujours et uniquement qu'une incapacité de travail d'au moins 40% ait existé pendant un an (sans interruption notable) et qu'une incapacité de gain justifiant le droit à une rente subsiste. Un refus ou une réduction des prestations au motif que l'assuré n'utilise pas tous les moyens de traitement présuppose une procédure selon l'art. 21 al. 4 LPGA. En l'absence d'une telle procédure, les atteintes à la santé ne peuvent pas être ignorées, lors de la détermination de la capacité de l'assuré, au seul motif qu'elles peuvent être traitées (arrêt du Tribunal fédéral

9C_327/2022 du 10 octobre 2023 consid. 4.2 et la référence).

E. 9.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 9.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 e l'ancienne Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst.) étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 10.1

En l'espèce, le recourant conteste avoir une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée et ainsi l'invalidité retenue de 29%. Il affirme avoir une capacité de travail de 30% seulement, en raison de ses atteintes physiques et psychiques. Pour rendre sa décision du 9 janvier 2024, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique du 16 octobre 2023, que le SMR a estimé convaincant le 23 octobre 2023. C'est donc la valeur probante de ce rapport d'expertise qu'il convient d'examiner. La chambre de céans constate en premier lieu que ce rapport a été rendu en pleine connaissance du dossier, dont il comporte une synthèse en début de rapport. Les deux experts ont par ailleurs chacun procédé à une anamnèse approfondie, comprenant en particulier une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle, décrit une journée-type et fait échos des plaintes de l'assuré (anamnèse systématique). Ils ont également chacun procédé à un examen médical et exposé leurs constatations, comprenant un status détaillé. Ils ont ensuite, chacun pour leur spécialité, abouti à des diagnostics et une appréciation de la capacité de travail du recourant clairs, bien motivés et convaincants, ainsi que répondant aux questions posées par l'assurance, étant relevé qu'en l'absence d'indice clair en faveur d'une incapacité de travail durable pour les diagnostics retenus sur le plan psychiatrique, une analyse des indicateurs n'était pas nécessaire. Finalement, et contrairement à ce qu'affirme le recourant en se plaignant de l'absence de « consilium discernable », les experts ont procédé à une évaluation consensuelle dont les résultats sont cohérents, eu égard aux conclusions des deux volets de l'expertise et en particulier à l'absence de diagnostic incapacitant retenu sur le plan psychiatrique, dont il découle que la question de la potentielle addition de différents taux

d'incapacité de travail ne se posait pas. Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise bi-disciplinaire répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante.

E. 10.2

S'agissant du volet rhumatologique de l'expertise, le recourant ne critique pas les diagnostics retenus, avec répercussion sur la capacité de travail (omalgie droite type SLAP associée à une tendinopathie du long chef du biceps, douleur chronique neurogène du poignet gauche après status post multi traumatisme, douleur chronique neurogène des poignets à prédominance gauche après status post multi traumatisme, lombalgie chronique sur trouble postural et probable fasciite plantaire gauche) ou sans dite répercussion (status post plaies par balles aux membres, asthme, céphalée de tension et orchidectomie suite à une explosion par bombe), lesquels apparaissent cohérents avec les rapports médicaux figurant au dossier. Il critique en revanche l'existence d'un problème motivationnel retenu par l'expert rhumatologue, qui n'existait pas, son comportement devant être mis en lien avec le syndrome du choc post-traumatique dont il souffrait et ne découlant pas d'un défaut de motivation. Néanmoins, l'existence ou non d'un problème motivationnel n'a été pris en compte ni au niveau des diagnostics, ni au niveau de l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée, arrêtée à 75%. Il a uniquement été pris en compte par l'expert rhumatologue pour retenir qu'une compliance optimale (physiothérapie active, participation au programme du dos des HUG et acceptation de l'intervention chirurgicale à l'épaule droite) pourrait améliorer la capacité de travail dans une activité adaptée, et donc lui permettre d'être plus élevée que les 75% retenus, en six mois. Le point critiqué par le recourant n'a ainsi aucune répercussion sur la décision de l'intimé, qui aurait d'ailleurs dû suivre la procédure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA s'il avait voulu en déduire des conséquences, ce qu'il n'a pas fait. Pour le reste, s'agissant des affections rhumatologiques du recourant, le médecin interniste suivant le recourant au CTG a indiqué, dans l'attestation versée à la procédure à l'appui du recours, qu'il présentait, sur le plan physique, des douleurs chroniques grevant ses capacités fonctionnelles, puis, dans son courrier du 16 juillet 2024, qu'il partageait les limitations fonctionnelles du rhumatologue, de sorte que ces pièces vont dans le même sens que les conclusions de l'expert rhumatologue.

E. 10.3

En ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise, le recourant conteste l'absence de diagnostic incapacitant et en particulier le fait que l'expert n'a pas retenu de diagnostic de syndrome du stress post-traumatique. Or, l'expert a exposé ses constatations lors de l'entretien et motivé les raisons pour lesquelles il a écarté ce diagnostic, que la Dre B _____ retient dans son rapport du 21 août 2021. Ainsi, il a d'emblée indiqué que même si l'assuré n'avait pas fourni de détails exhaustifs sur les événements traumatiques vécus, il n'y avait alors pas d'éléments cliniques significatifs pour présumer de la causalité d'une incapacité de travail en lien avec un diagnostic d'état de stress post-traumatique, et ceci sans que des mécanismes de défense (dénier, évitement) soient identifiés ou puissent être liés. S'agissant de ses constatations, l'expert psychiatre a ensuite noté dans son anamnèse systématique qu'il n'y avait pas eu de réaction de peur intense, de sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'événement traumatisant (soit le fait d'avoir été enfant soldat à partir de 13 ans, puis d'avoir été emprisonné et torturé pendant un an et demi), ni de réponse émotionnelle extrêmement intense caractérisée par une peur profonde, un sentiment d'impuissance ou une horreur face à la situation traumatisante vécue, ni de reviviscence de l'événement traumatique, de

moment où le souvenir de l'évènement était revenu de manière intrusive et perturbatrice, causant une détresse significative, ni de rêves répétitifs et persistants liés à l'évènement traumatique, ni de sensation de revivre l'évènement sous forme d'illusions, d'hallucinations ou de flash-back, ni de sentiment de détachement d'autrui, ni de manifestation d'activation neurovégétative observée, ni d'hypovigilance rapportée. Ensuite, dans l'évaluation médicale, il a noté qu'en dépit des séquelles physiques et psychologiques de la période traumatisante vécue et malgré les épreuves subies, l'assuré avait trouvé vraisemblablement la force de se reconstruire peu à peu. Une des étapes les plus significatives de sa reconstruction avait été la fondation d'une vie sentimentale durable depuis 2014 avec la mère de son fils. Il avait trouvé une lueur d'espoir en émigrant à Genève en 2015, ce qui n'avait cependant pas été sans défis, la barrière linguistique et les ajustements culturels ayant ajouté des couches supplémentaires de complexité à son parcours déjà tumultueux. L'arrivée de son fils en janvier 2022 semblait indéniablement avoir catalysé le processus d'apaisement de l'assuré, la paternité lui ayant offert un objectif clair et vraisemblablement une source de motivation pour se reconstruire et créer un environnement sûr et aimant pour son fils. Même s'il était important de prendre en considération le vécu et l'ensemble de la situation de l'assuré, y compris ses expériences passées et traumatisantes et les obstacles surmontés, il était alors crucial de souligner que lors de l'entretien d'expertise, même en bénéficiant d'un interprète de sa langue maternelle, l'assuré n'avait pas présenté de symptômes psychologiques caractéristiques d'un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique qui puisse justifier de manière plausible une incapacité de travail en lien avec un tel diagnostic. L'entretien avait plutôt mis en évidence que l'assuré se concentrait sur ses douleurs, qui selon ses dires entravaient sa capacité à gérer ses activités quotidiennes. L'expert psychiatre a donc conclu qu'il n'y avait en somme pas de limitation fonctionnelle significative du point de vue psychiatrique et d'éléments cliniques justifiant alors une incapacité à travailler dans une activité adaptée à ses limitations physiques. Dans la discussion sur les diagnostics, l'expert psychiatre a à nouveau souligné que, même si les traumatismes liés à la guerre et à l'emprisonnement pouvaient certainement avoir laissé des cicatrices profondes sur le plan psychologique, il était important de noter qu'à ce stade, il n'y avait pas de signes cliniques suffisants observés pour établir un diagnostic plausible de stress post-traumatique justifiant une incapacité de travail. Le recourant affirme que ces constatations seraient en contradiction claire avec son suivi auprès de la CTG depuis plus de huit ans. Cependant, en 2021, selon la Dre B _____, si le recourant avait toujours des périodes dissociatives survenant de manière imprévisible, le syndrome post-traumatique était stabilisé. Par ailleurs, en 2023, la Dre D _____ estimait le recourant possiblement capable d'exercer une activité professionnelle adaptée. Il ressort en outre du dossier que le recourant ne bénéficie plus de suivi psychiatrique depuis 2022, voire novembre 2021 selon le Dr G _____, et qu'il est uniquement suivi au rythme d'une fois par mois, voire moins, par une psychologue. Ces éléments tendent à confirmer l'absence de diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique tel que retenu par l'expert psychiatre. Par ailleurs, le recourant n'a produit aucun élément concernant son suivi psychiatrique et psychologique qui conduirait à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise. Il n'a en effet produit aucun rapport médical établi par les psychiatres et psychologues ayant diagnostiqué et traité le syndrome du stress post-traumatique. De plus, si, dans les rapports produits durant la procédure de recours, le Dr G _____ conclut à l'existence d'un trouble du stress post-traumatique simple au minimum, avec limitations fonctionnelles en la forme de troubles mnésiques, de concentration et de faible résistance au stress, le Dr G _____ indique se prononcer « à

l'examen du dossier médical du patient suivi par deux psychiatres et une psychologue pendant trois ans » et donc sur la base du dossier établi par ses collègues, lui-même n'étant pas spécialisé en psychiatrie. Il n'existe dès lors aucun élément objectif précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Finalement, le recourant ne conteste pas la journée-type retenue par les deux experts, lesquels ont fait des constatations similaires. Or, il en ressort qu'il se lève vers 7h, effectue sa toilette, puis accomplit ses prières, prend du thé, accompagne son fils à la crèche, effectue des petites courses avec sa femme, déjeune chez lui en famille, rend visite à ses amis au magasin tamoul ou fait une promenade en solitaire et dîne avec son épouse. Il apparaît donc qu'il existe une structure quotidienne, entouré de sa famille et de ses amis. Ces éléments tendent à confirmer l'absence de trouble psychique incapacitant retenue par l'expert psychiatre. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise, qui revêt pleine valeur probante, et la capacité de travail du recourant doit donc être considérée, au jour de la décision litigieuse, comme s'élevant à 75% depuis 2010 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 10.4

Eu égard à tout ce qui précède et au vu du dossier contenant les éléments nécessaires pour trancher le litige, le recourant ayant par ailleurs eu l'occasion d'exprimer sa position par écrit à plusieurs reprises, devant l'intimé puis devant la chambre de céans, les demandes de comparution personnelle et d'expertise bi-disciplinaire du recourant doivent être rejetées, par appréciation anticipée des preuves.

E. 10.5

Le recourant présentant, conformément au rapport d'expertise, une incapacité de travail de 25% depuis 2010, il ne remplit pas la condition d'une incapacité d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable prévue par l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Par ailleurs, le recourant ne remplit pas non plus la condition d'une année de cotisations ou de dix ans de résidence en Suisse au moment de la survenance de l'invalidité prévue par l'art. 6 al. 2 LAI. En effet, l'expertise fixe le début de l'incapacité de travail du recourant à 2010 et il ressort du dossier que ladite incapacité a été engendrée par les traumatismes vécus dans son pays en tant qu'enfant soldat, puis lors de son emprisonnement jusqu'en 2009. L'incapacité de travail et l'éventuelle invalidité en découlant sont ainsi survenues avant l'arrivée du recourant en Suisse en 2015, de sorte que les conditions d'assurance ne sont pas réalisées. Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à refuser d'octroyer une rente au recourant, de même que des mesures professionnelles.

E. 11

Dans ces circonstances, le recours est mal fondé et sera rejeté.

E. 12

Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI), et il ne lui sera pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :