

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/565/2023

ATAS/850/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 novembre 2024

Chambre 1

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Yves MABILLARD, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente ; Anny FAVRE, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1971 en Serbie, est arrivé en Suisse le 3 août 2002, pays qu'il a quitté le 31 janvier 2007 et y est revenu le 15 août 2007. Il a quatre enfants, nés respectivement les _____ 2003, _____ 2011, _____ 2014 et _____ 2017. Il était titulaire d'un permis N, puis F délivré pour la première fois le 10 juillet 2003, et il a obtenu la naturalisation suisse le 5 mars 2020 selon la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations.
- b.** L'Hospice général lui accorde une aide financière.
- B.** **a.** Dans un rapport du 22 mars 2016, le département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, consultation pour victimes de torture et de guerre (ci-après : CTG) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif au premier plan (avec parfois des idées délirantes), d'état de stress post-traumatique (PTSD) en résolution, de troubles du sommeil et troubles de la mémoire à court terme, de céphalées tensives, de colopathie fonctionnelle, d'épigastalgies et de lombalgies simples récidivantes. L'assuré, illettré, était suivi à la CTG depuis 2003. Il avait reçu deux balles dans la cuisse gauche et avait été opéré à deux reprises pendant la guerre en ex-Yougoslavie où il avait également été torturé en 2000. Le PTSD pour lequel il avait été suivi au service de psychiatrie de liaison des HUG en 2013 était en amélioration. Demeuraient une importante nervosité et irritabilité. Un traitement médicamenteux lui était prescrit.
- b.** Le 8 mai 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE (ci-après : l'OAI).
- c.** Dans un rapport du 25 mai 2018, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré souffrait d'un PTSD marqué par des fluctuations de l'humeur, anxiété diurne et nocturne, troubles du sommeil, troubles cognitifs avec difficulté au niveau de la mémoire de fixation et difficultés de concentration, ainsi que d'un trouble schizotypique (psychotique) avec idées délirantes et hallucinations visuelles et auditives. L'assuré suivait un traitement médicamenteux, auquel il était compliant.
- d.** Dans un rapport du 25 juin 2018, le Dr B_____ a retenu les diagnostics de retard mental léger (F70.0), de trouble schizotypique (F21.0) et de PTSD (F43.1). Le patient n'était pas toujours orienté dans l'espace, sa thymie était fluctuante, il présentait une anxiété, des hallucinations auditives et visuelles, un trouble de la mémoire et du comportement, des idées suicidaires, des phénomènes de « *flash-back* » et une hygiène de vie précaire. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité depuis l'âge de ses 20 ans.

e. Dans un rapport du 16 décembre 2018, le Dr B_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé, précisé que le retard mental léger existait depuis la naissance, le trouble schizotypique depuis l'âge de 20-25 ans et le PTSD depuis l'an 2000. Le patient était agité, angoissé, persécuté, et par moments en état confusionnel. Il suivait des séances hebdomadaires de psychothérapie. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

f. Par avis du 28 mars 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité, depuis l'âge de ses 20 ans. Le SMR a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : grande fragilité psychologique, difficulté à gérer le stress, troubles cognitifs avec diminution des capacités de concentration et d'attention, effondrement des ressources d'adaptation, et retard mental léger.

g. Par décision du 23 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations. L'assuré, dont l'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis juillet 1991, présentait un taux d'invalidité de 100%, qui donnait en principe droit à une rente entière dès la fin du délai d'attente en juillet 1992. À ce moment, toutefois, l'assuré ne remplissait pas les conditions d'assurance, faute de cotisations, de sorte qu'un droit à une rente ordinaire d'invalidité ne pouvait pas lui être reconnu. Par ailleurs, une rente extraordinaire d'invalidité ne rentrait pas non plus en ligne de compte dans sa situation.

L'assuré n'a pas contesté cette décision.

- C.**
- a.** Un rapport d'échographie cervicale du 8 septembre 2021 a conclu à un aspect de calcification périscopulaire cervicale inflammatoire.
 - b.** Un rapport de scanner cervical du 15 novembre 2021 a mis en évidence des hernies discales paramédianes C3-5, des chondropathies C1-2 et postérieures gauches, et des sténoses foraminales.
 - c.** Dans un rapport du 29 septembre 2021, le Dr B_____ a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de PTSD (F43.1) en rémission partielle, de trouble schizotypique (F21.0), de retard mental léger (F70.0) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0). L'incapacité de travail de l'assuré était totale.
 - d.** Le 19 mai 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
 - e.** L'extrait du compte individuel du 7 juin 2022 indique que l'assuré a cotisé en tant que personne sans activité lucrative de 2015 à 2020.
 - f.** Dans un rapport reçu par l'OAI le 8 juin 2022, le docteur C_____, médecin praticien, a fait état d'une hernie discale C3-C5 pour laquelle l'assuré avait bénéficié d'une infiltration. Ce dernier devait éviter le port de charges supérieures à 5 kg et la station debout prolongée. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité. Sa femme accomplissait les tâches ménagères.

g. Par avis du 11 novembre 2022, le SMR a considéré que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était toujours nulle dans toute activité depuis l'âge de jeune adulte. Sur le plan ostéo-articulaire, l'assuré présentait des discopathies cervicales sans description de déficit neurologique. La capacité de travail devrait être entière moyennant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical (port de charges limité à 5 kg, pas de travail les membres supérieurs au-dessus des épaules, pas de position extrême ni répétitive du rachis cervical).

h. Par décision du 13 janvier 2023, l'OAI a refusé l'octroi de prestations. La nouvelle atteinte à la santé ne limitait pas la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ni n'empêchait la mise en valeur d'une capacité de gain entière dans une activité légère ne nécessitant pas de formation préalable. L'évaluation antérieure concernant l'atteinte préexistante restait d'actualité.

D. a. Dans un rapport du 6 février 2023 à l'OAI posté le 13 février 2023, le Dr B_____ a sollicité une expertise psychiatrique pour évaluer l'impact de l'atteinte à la santé de son patient sur le degré d'invalidité. Le psychiatre a posé les diagnostics de trouble schizo-affectif type mixte (F25.2), de probable retard mental (F70.0) et de PTSD (F43.1) en rémission partielle.

b. Le 15 février 2023, l'OAI a transmis ce rapport à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice comme objet de sa compétence, qui l'a enregistré comme valant recours.

c. Dans un complément de recours du 31 août 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, et principalement, à l'annulation de la décision du 13 janvier 2023 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2022.

Il a fait valoir qu'il présentait, en plus de ses troubles psychiatriques, des troubles physiques invalidants, soit des cervicalgies et discopathies douloureuses incapacitantes. Ces atteintes, distinctes de la précédente, représentaient un nouveau cas d'assurance ouvrant un nouveau délai d'attente d'un an venu à échéance le 13 novembre 2022 (13 mai 2022 [date de la signature de la nouvelle demande de prestations] + six mois). Ses médecins avaient retenu une incapacité de travail totale dans une activité adaptée en raison de ses seuls troubles physiques. Il souffrait également des lombaires et du pouce gauche qui avaient été ignorés par le SMR. Dans ces circonstances, les conclusions du SMR ne pouvaient pas être suivies. Par ailleurs, ses troubles psychiques devaient être pris en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail globale dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations. Il en a inféré que sa capacité de travail ne pouvait pas être entière dans une activité adaptée.

Le recourant a produit en particulier :

- un rapport d'IRM de la main gauche du 2 février 2022, concluant à de probables signes évoquant le DD de tendinite avec synovite du long extenseur du pouce gauche dans les suites d'une morsure de chien ;
- un rapport du Dr C_____ du 21 février 2023 faisant état de douleurs cervicales irradiant dans le bras gauche, de paresthésies et d'une discopathie C5-C6 ;
- un rapport de scanner lombaire et scapulaire gauche du 12 juin 2023, révélant une arthrose rachidienne intense au niveau cervical C3/C4 et C5/C6 plus modérée avec protrusion discale L4/L5 et L5/S1. L'irradiation douloureuse vers la racine du membre supérieur l'hémithorax gauche était probablement liée à une irritation radiculaire d'origine cervicale par le biais des protrusions annulaires à prédominance gauche à la partie moyenne du segment ;
- un rapport du Dr C_____ du 19 juin 2023 posant les diagnostics de hernie discale C3-C5, d'arthrose rachidienne et d'atteinte lombaire L4-L5-S1. L'assuré ne pouvait pas soulever des charges supérieures à 5 kg et devait éviter la station debout prolongée ainsi que tout mouvement avec le membre supérieur gauche. Il présentait également une faiblesse du pouce gauche à la suite d'une morsure survenue en 2022. À la question de savoir si la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée légère, le médecin a répondu par la négative, au motif que la douleur et la limitation douloureuse gênaient le travail. L'état psychique et physique de l'assuré s'était dégradé ;
- un rapport du Dr B_____ du 14 juillet 2023, retenant les diagnostics de probable retard mental léger (F70.0), de PTSD (F43.1) séquelles et évolution chronique, et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), et réitérant la totale incapacité de travail de son patient.

d. Dans sa réponse du 11 octobre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 2 octobre 2023.

Le SMR constatait que, dans le rapport du 6 février 2023, la symptomatologie décrite par le Dr B_____ était superposable à celle exposée dans ses rapports de 2018. Le SMR ne retenait ainsi aucune aggravation de l'état de santé psychiatrique depuis la dernière demande. Le retard mental et le trouble schizo-affectif étaient incapacitants depuis l'âge de jeune adulte et le PTSD était en rémission partielle. Une expertise psychiatrique n'était donc pas nécessaire.

Le rapport du Dr C_____ du 21 février 2023 ne relevait pas d'atteinte radiculaire déficitaire, notamment pas de déficit neurologique objectivé. Dans ce contexte, les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical permettaient d'effectuer une activité adaptée à plein temps.

Le rapport du Dr C_____ du 19 juin 2023, le rapport de scanner lombaire et scapulaire gauche du 12 juin 2023, et le rapport d'IRM de la main gauche du 2 février 2022 indiquaient que l'assuré présentait une arthrose avec discopathie

cervicale principalement et lombaire modérée, ainsi qu'une tendinite du pouce en 2022. Le médecin traitant n'avait pas décrit d'examen clinique ni de déficit sensitivomoteur. Dans ces situations, la capacité de travail était habituellement entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis : alternance des positions, pas de mouvements en porte-à-faux, port de charges limité à 5 kg, pas de travail les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de marche prolongée, pas d'escaliers/échelles/échafaudages de manière répétée, pas d'activité de préhension « pouce index main gauche ».

Quant au rapport du Dr B_____ du 14 juillet 2023, le SMR s'étonnait du revirement du psychiatre traitant concernant les diagnostics entre février et juillet 2023 : le diagnostic de trouble schizotypique n'était plus retenu, mais le psychiatre retenait le diagnostic de modification durable de la personnalité, ce qui était habituellement le cas lors d'une évolution persistante d'un PTSD après deux ans. Cependant, les événements traumatisants chez l'assuré, selon l'anamnèse, dataient de la guerre en ex-Yougoslavie dans les années 1990 et de torture en 2000. Or, l'assuré était arrivé en Suisse en 2007, le diagnostic de PTSD était déjà présent à ce moment depuis plusieurs années et le Dr B_____ avait décrit à plusieurs reprises que ce diagnostic s'était amélioré (PTSD en rémission partielle). Par ailleurs, le diagnostic de trouble schizotypique qui consistait en une symptomatologie délirante de type psychotique (hallucinations auditives et visuelles) avait toujours été retenu par le psychiatre traitant, et les troubles délirants présents depuis l'âge de 20 ans s'étaient améliorés avec le traitement de neuroleptique. Or, le diagnostic de trouble schizotypique était bien différent de celui d'une modification durable de la personnalité, et l'un ne pouvait pas être remplacé par l'autre.

En définitive, le SMR ne retenait aucune modification sur le plan psychiatrique, et sur le plan somatique, une activité adaptée était exigible en respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis.

e. Dans sa réplique du 5 décembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a relevé que le SMR n'admettait aucune incidence de ses atteintes somatiques sur sa capacité de travail contrairement à l'avis de ses médecins traitants. Or, au vu de ses limitations fonctionnelles, on ne pouvait pas raisonnablement attendre de lui qu'il effectue un travail exclusivement debout ou en position assise, en marchant ou en se tenant debout ou en hauteur vu que le montée d'escaliers, d'escabeau ou d'échelles était proscrite. De plus, il ne pouvait pas travailler sur ordinateur ou manier des outils nécessitant l'utilisation du pouce gauche et donc de la main gauche. Il ne pouvait pas non plus soulever de poids lourds, et aucun travail au-dessus de la tête ou avec les deux bras en avant n'était possible. Même les activités légères telles que gardien de musée ou gardien de parking n'étaient pas compatibles à son état de santé dès lors qu'il ne pouvait pas travailler exclusivement debout et sur des escabeaux. Ses limitations fonctionnelles

restreignaient drastiquement toute forme d'activité, même dans un marché général du travail équilibré. Tout engagement théorique ne pourrait se faire qu'avec des concessions irréalistes de l'employeur ; il devrait renoncer à toute ambition de rendement car il devrait s'asseoir régulièrement quand il serait debout ou se lever quand il serait assis notamment. En outre, en retenant qu'il disposait d'une pleine capacité de gain dans une activité légère, l'intimé omettait qu'il était illettré et qu'il souffrait également de troubles psychiques altérant ses facultés mentales (retard mental et trouble de la mémoire). Il aurait ainsi de la peine à apprendre une activité ainsi qu'à comprendre et apprécier les instructions - même simples - qui lui seraient données. Aucun employeur, même dans un monde hypothétique du travail équilibré, n'engagerait une personne présentant ce profil. Les activités simples de surveillance, de vérification et de contrôle ainsi que les travaux d'assemblage léger qui ne nécessitaient généralement pas une longue période d'adaptation ou de formation ne pouvaient donc pas lui être proposés du fait de son illettrisme couplé à son retard mental. Il en a conclu qu'il n'avait pas les facultés intellectuelles pour travailler sur un marché équilibré du travail. En tout cas, un complément d'instruction médicale devait être mis en place.

f. Dans sa duplique du 18 décembre 2023, l'intimé a maintenu sa position, en renvoyant à sa réponse.

g. Dans son écriture du 15 avril 2024, le recourant a persisté une nouvelle fois dans ses conclusions, en se basant sur le rapport du Dr B_____ du 12 avril 2024 qu'il a produit. Son psychiatre retenait dorénavant que le trouble schizo-affectif (F25.2) était résiduel et chronique. Ce trouble était très invalidant car il perturbait l'humeur et s'accompagnait notamment de difficultés de concentration et d'une perte des inhibitions sociales normales. Le recourant présentait des idées délirantes, de grandeur ou de persécution, des hallucinations auditives sous forme de voix, ou des idées délirantes bizarres. Ce seul trouble, qui ne débutait qu'à l'âge adulte, était apparu après son arrivée en Suisse, et entraînait une incapacité totale de travail.

h. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé pour information.

EN DROIT

1.

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.

1.2 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable, étant relevé que les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (art. 17 al. 5 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] en lien avec l'art. 89A LPA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur 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).

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 (cf. 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en novembre 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 19 mai 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2

3.2.1 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).

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).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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).

3.2.2 Lorsque la première décision de refus est fondée sur le fait que l'assuré ne satisfaisait pas aux conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité (cf. art. 6 et 36 LAI), il ne peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité qu'en relation avec un nouveau cas d'assurance, à savoir la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3.1). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2).

Une aggravation de l'état de santé ne justifie pas en principe un nouveau cas d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2 et 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2).

Par ailleurs, il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3).

3.2.3 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).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

3.3 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).

4.

4.1 En l'espèce, par décision du 23 mai 2019, entrée en force, l'intimé a nié au recourant, qui présentait des troubles psychiques totalement incapacitants, le droit à une rente d'invalidité ordinaire au motif qu'il ne satisfaisait pas aux conditions d'assurance, faute de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité en juillet 1992.

Il s'ensuit que, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 19 mai 2022, le recourant ne peut prétendre une rente d'invalidité que si l'on peut admettre un nouveau cas d'assurance.

À cet égard, il y a lieu de rappeler que, sur le plan psychiatrique, à l'époque de la première demande de prestations, par avis du 28 mars 2019, sur la base duquel la décision du 23 mai 2019 a été rendue, le SMR avait retenu que le recourant présentait une grande fragilité psychologique, une difficulté à gérer le stress, des troubles cognitifs avec diminution des capacités de concentration et d'attention, un effondrement des ressources d'adaptation et un retard mental léger. Le SMR avait conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité avant la date d'arrivée en Suisse (soit en août 2002).

Pour ce faire, le SMR s'était basé sur le rapport du psychiatre traitant du 25 juin 2018, dans lequel ce dernier posait les diagnostics de retard mental léger (F70.0), de trouble schizotypique (F21.0) et de PTSD (F43.1), en relevant que l'incapacité de travail totale du recourant existait depuis l'âge de ses 20 ans (soit depuis juillet 1991). Le psychiatre traitant constatait que le recourant n'était pas toujours orienté dans l'espace, il présentait un trouble de la mémoire, des scénarios de catastrophe, des phénomènes de « *flash-back* », une hygiène de vie précaire, un trouble de comportement et des idées suicidaires. Il n'avait pas de réseau social (hormis ses enfants et sa compagne).

Dans un rapport antérieur du 25 mai 2018, le psychiatre traitant mentionnait que le recourant présentait des fluctuations de l'humeur, une anxiété diurne et nocturne, des troubles de sommeil, des troubles cognitifs avec difficultés au niveau de la mémoire de fixation et difficultés de concentration, des idées délirantes ainsi que des hallucinations visuelles et auditives.

Dans un rapport du 16 décembre 2018, le psychiatre traitant précisait que le retard mental léger existait depuis la naissance, le trouble schizotypique depuis l'âge de 20-25 ans, et le PTSD depuis l'an 2000 - année durant laquelle le recourant avait été torturé en ex-Yougoslavie (cf. rapport des HUG du 22 mars 2016). Le recourant était agité, angoissé, persécuté, et par moment en état confusionnel. Il présentait un trouble du comportement (il cassait des verres).

Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 19 mai 2022, objet de la présente procédure, par avis des 11 novembre 2022 et 2 octobre 2023, le SMR a retenu que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail du recourant était toujours nulle dans toute activité depuis l'âge de jeune adulte.

En particulier, dans son rapport du 29 septembre 2021, le psychiatre traitant retenait les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de PTSD (F43.1) en rémission partielle, de trouble schizotypique (F21.0), de retard mental léger (F70.0) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0). Le recourant présentait des symptômes anxieux et dépressifs, un retrait social, des troubles de sommeil, des troubles de la mémoire, des troubles de la pensée, et un état confusionnel. Sa capacité de travail était nulle depuis de nombreuses années.

Dans un rapport du 6 février 2023, le psychiatre traitant posait les diagnostics de trouble schizo-affectif, de type mixte (F25.2), de probable retard mental (F70.0) et de PTSD (F43.1) en rémission partielle. Il expliquait que l'état anxio-dépressif était très probablement en lien avec le PTSD. Il faisait toujours état des troubles du comportement, des troubles du sommeil, des symptômes psychotiques, des idées de persécution, et des troubles cognitifs.

Dans un rapport du 14 juillet 2023, le psychiatre traitant retenait les diagnostics de probable retard mental léger (F70.0), de PTSD (F43.1) séquelles et évolution chronique, et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il évoquait toujours le trouble anxio-dépressif avec idéation suicidaire, le trouble du comportement, les symptômes psychotiques, en ajoutant que le syndrome PTSD en rémission partielle évoluait vers une chronicité ayant conduit à une modification durable de la personnalité. L'état psychique entraînait une totale incapacité de travail.

Enfin, dans un rapport du 12 avril 2024, le psychiatre traitant posait les diagnostics de trouble schizo-affectif, type mixte (F25.2), de PTSD (F43.1) séquelles et évolution chronique, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et de probable retard mental léger (F70.0). Il décrivait l'état schizophrénique résiduel chronique du recourant, répétait que ce dernier souffrait d'un trouble anxieux-dépressif (d'origine psychotique), d'un trouble de comportement et de troubles cognitifs et concluait que son patient présentait une totale incapacité de travail en relation directe avec le trouble schizo-affectif.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre avec le SMR que la symptomatologie décrite par le psychiatre traitant à l'appui de la nouvelle demande de prestations existait déjà au moment où la décision du 23 mai 2019 a été rendue. Par ailleurs, le psychiatre traitant n'a attesté d'aucune interruption de l'incapacité de travail, qui est demeurée totale depuis juillet 1991, date à laquelle le recourant a eu 20 ans. Si le psychiatre traitant a retenu pour la première fois dans son rapport du 29 septembre 2021 un autre diagnostic que ceux posés antérieurement, à savoir le trouble de la personnalité, il a expliqué dans son rapport du 14 juillet 2023 que ce trouble était en lien avec le PTSD, atteinte présente depuis l'année 2000, avant l'arrivée du recourant en Suisse. Il existe donc une connexité factuelle entre le PTSD et le trouble de la personnalité. Dans ces

circonstances, il ne se justifie pas de retenir un nouveau cas d'assurance sous l'angle psychiatrique.

En revanche, sur le plan somatique, par avis des 11 novembre 2022 et 2 octobre 2023, le SMR a, en s'appuyant sur les pièces médicales au dossier, retenu en particulier des discopathies cervicales et lombaires, en raison desquelles, selon le médecin traitant, la capacité de travail était nulle dans toute activité, en tout cas en ce qui concernait l'atteinte cervicale (rapport du 8 juin 2022). Il s'agit d'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte de celle qui prévalait lors de la décision du 23 mai 2019, susceptible de constituer un nouveau cas d'assurance.

4.2 Pour ce qui est de l'évolution de la capacité de travail résiduelle du recourant au regard de l'atteinte somatique, le SMR considère, dans son avis du 2 octobre 2023, que ce dernier est totalement apte à exercer une activité adaptée permettant l'alternance des positions, et évitant les mouvements en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 5 kg, le travail les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, la marche prolongée, les escaliers/échelles/échafaudages de manière répétée, ainsi que l'activité de préhension pouce index de la main gauche.

Le SMR, qui a étudié les rapports du médecin traitant ainsi que les rapports d'imagerie, est parvenu à cette conclusion au motif que le recourant ne présentait pas de déficit neurologique, radiculaire ou sensitivomoteur.

La chambre de céans relève que le médecin traitant n'a pas retenu d'autres limitations fonctionnelles que celles énumérées par le SMR. En effet, dans son rapport du 8 juin 2022, le premier mentionnait que le recourant devait éviter le port de charges supérieures à 5 kg et la station debout prolongée. Dans son rapport du 19 juin 2023, il a ajouté tout mouvement avec le membre supérieur gauche et la faiblesse du pouce gauche, soit des limitations fonctionnelles superposables à celles admises par le SMR.

Il sera à cet égard rappelé au recourant que, pour apprécier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, s'appuie sur des documents médicaux probants et non sur l'appréciation subjective de l'assuré quant à ses restrictions physiques et au taux de sa capacité de travail résiduelle.

Aussi, en l'absence de rapport médical mettant en doute les explications du SMR, l'intimé pouvait-il légitimement s'appuyer sur l'avis du SMR dont les compétences consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier et à se prononcer sur les éléments mentionnés (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2023 du 8 novembre 2023 consid. 5.3.1).

Par conséquent, il convient de retenir que le recourant demeure, sur le plan somatique, capable d'exercer, à plein temps, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

À toutes fins utiles, il sera relevé que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3), étant relevé que le marché du travail équilibré offre un éventail suffisamment large d'activités légères accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

On ne saurait s'écarter de la notion de marché du travail équilibré, comme le fait valoir le recourant, au motif que l'exercice de l'activité exigible impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 précité consid. 3.3), compte tenu de son illettrisme et de ses troubles psychiques. En effet, l'illettrisme du recourant si tant est qu'il soit dû à une atteinte à la santé (retard mental) et les troubles psychiques sont antérieurs à son arrivée en Suisse (rapport du psychiatre traitant du 25 juin 2018), comme on l'a vu *supra*. Or, pour ces atteintes-ci, le recourant ne remplissait pas les conditions de cotisation au moment de la naissance du droit à la rente en juillet 1992 (décision du 23 mai 2019 entrée en force). Aussi n'a-t-il pas droit aux prestations pour cette même cause d'invalidité.

En conséquence, au vu du dossier contenant les éléments nécessaires pour trancher le litige, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il est superflu d'entendre oralement le recourant et de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

4.3 Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant, étant précisé qu'il ne conteste pas le statut d'actif (art. 24^{septies} al. 2 let. a RAI) retenu par l'intimé (cf. dossier AI p. 99).

4.3.1 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

4.3.2 Ceci dit, le recourant est sans activité lucrative depuis son arrivée en Suisse.

Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont ainsi basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidé (arrêt du Tribunal fédéral I.368/04 du 28 juillet 2005).

En l'occurrence, le recourant dispose d'une capacité de travail raisonnablement exigible de 100%, comme exposé *supra*. Ainsi, compte tenu d'une incapacité de travail de 0 %, il résulte à l'évidence un degré d'invalidité inférieur à 40 % - cela même en procédant à l'abattement maximum de 25 % sur le revenu d'invalidé (cf. ATF 126 V 78 consid. 5 ; art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 ici applicable ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10.6).

Ainsi, même à admettre que le recourant, lors de la survenance de l'invalidité en novembre 2022 (pour l'atteinte somatique), comptait trois années au moins de cotisations (cf. art. 36 al. 1 LAI), son taux d'invalidité étant inférieur au taux minimal de 40 % requis par la loi (art. 28 al. 1 let c LAI), il n'a pas droit à une rente d'invalidité.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1^{bis} LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Pascale HUGI

Fabienne MICHON RIEBEN

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