

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1145/2010

ATAS/453/2011

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 mai 2011**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur V \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur V\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1976, originaire de Bosnie-Herzégovine, marié, père d'un enfant né en 2006, est arrivé en Suisse le 15 mai 2000, suite à une période d'incarcération de guerre entre 1992 et 2000. Il a obtenu l'asile en Suisse le 8 mars 2002.
2. Sans formation professionnelle, il a exercé une activité de nettoyage à plein temps auprès de X\_\_\_\_\_ SA du 14 avril 2004 au 31 janvier 2006, date à laquelle il a subi une incapacité de travail en raison d'atteintes au bras et à la hanche gauches.
3. Par demande datée du 23 juin 2008 et reçue le 19 août 2008 par l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE aujourd'hui OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI), l'assuré a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a notamment indiqué que son horaire de travail était de 44 heures par semaine, soit de 188 heures par mois, et que son salaire horaire brut s'élevait à 20 fr., montant auquel il y avait lieu d'ajouter le salaire des vacances de 8.33%. Son revenu mensuel brut était ainsi de 4'543 fr. environ.
4. Dans un rapport du 17 décembre 2008, le Dr A\_\_\_\_\_, généraliste et chef de clinique auprès de la Consultation pour victimes de torture et de guerre (ci-après CTG) des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a retenu les diagnostics de status post-fracture de l'EDR (extrémité distale du radius) du poignet gauche, de status post-quatre interventions chirurgicales du poignet gauche en 2002, 2003, 2006 et 2007, d'arthrodèse post-carpienne avec greffon iliaque, de résection de la tête ulnaire et de neurolyse de la branche cubito-dorsale du nerf ulnaire, d'algoneurodystrophie du bras gauche, de cervicalgies dorsalgies chroniques, de céphalées chroniques, de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F62.0), d'état dépressif (F42.1) et de difficultés liées à l'environnement social, diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que le diagnostic de gastrite chronique. Il a constaté l'existence de troubles neurologiques invalidants du membre supérieur gauche (hyperesthésie, anesthésie de la main, mais mobilité du poignet conservée) ainsi que de contractures musculaires paravertébrales, cervicales et interscapulaires, et d'un sentiment de dévalorisation et de déchéance, d'un syndrome de stress post-traumatique, soit en particulier d'une hypervigilance et de réminiscences. Le médecin a conclu que l'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis 2006, toutefois, l'activité antérieure était encore susceptible d'être exercée et il pouvait reprendre une telle activité en fonction du résultat du traitement de l'algoneurodystrophie et de ses atteintes psychologiques, étant précisé que ses limitations fonctionnelles étaient liées à son syndrome douloureux du membre supérieur gauche et à son impotence fonctionnelle.

5. Par communication du 13 février 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel sous forme d'intervention précoce n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
6. Interpellé par l'OAI, un médecin de l'Unité de chirurgie de la main des HUG a signalé, en date du 21 février 2009, que l'assuré n'avait pas été revu depuis près d'une année et qu'il y avait dès lors lieu de se référer au rapport du Dr A\_\_\_\_\_.
7. Le 3 avril 2009, l'Unité de chirurgie de la main des HUG a fait parvenir à l'OAI les différents comptes-rendus opératoires des mois de mai 2002, avril 2003, septembre 2006 et février 2007. Il ressort du dernier compte-rendu du 19 février 2007 que l'intervention ayant eu lieu le 13 février 2007 avait consisté en une arthrodèse pancarpienne et un greffon cortico-spongieux montés par plaque de Büchler, une résection et une stabilisation de la tête ulnaire gauche et une neurolyse de la branche cubito-dorsale du nerf ulnaire. Aucune complication n'était survenue lors de l'opération et les suites opératoires étaient les suivantes : immobilisation par attelle de suspension pendant 48 heures, immobilisation par plâtre pendant un mois, puis par attelle amovible en fonction de la consolidation osseuse.
8. En complément de son rapport du 18 décembre 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a ajouté, durant le mois d'avril 2009, que les limitations fonctionnelles de l'assuré concernaient les activités sans changements de position, les activités exercées principalement en marchant, les activités avec les bras au dessus de la tête, la position accroupie et à genoux, le fait de monter sur une échelle ou un échaffaudage et le port de charges, attendu qu'il ne pouvait pas utiliser actuellement son bras gauche. De plus, sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et sa résistance étaient, d'après lui, limitées, attendu qu'il présentait un état dépressif et un PTSD (stress post-traumatique).

Ce médecin a également fait parvenir à l'OAI son rapport du 22 juin 2007, lequel attestait que l'assuré était à nouveau suivi par son service après une interruption de plus de deux ans. Le Dr A\_\_\_\_\_ y avait posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 18 décembre 2008 et avait, en particulier, fait état d'une sévère algodystrophie du bras gauche, laquelle était réfractaire à tous les traitements proposés. L'assuré ne pouvait pas utiliser son bras gauche, en raison des douleurs sévères irradiant jusqu'à l'épaule et aux cervicales, et des contractures musculaires bloquant lesdites articulations. Sur le plan psychologique, les symptômes de stress post-traumatique (réminiscences, sentiment de déchéance, d'incompétence et de culpabilité) et de l'hypervigilance (troubles du sommeil, cauchemars, nervosité, accès d'agressivité, crises d'angoisse) s'étaient quelque peu atténués, mais restaient présents et étaient invalidants. L'incapacité de travail était totale et le pronostic réservé, toutefois, le médecin a estimé que l'assuré devait pouvoir récupérer une autonomie partielle.

9. Un examen rhumato-psychiatrique a été mis en œuvre auprès du Service Médical régional AI (ci-après SMR). L'assuré a été examiné, le 22 juillet 2009, par les Drs B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et C\_\_\_\_\_, psychiatre, lesquels ont rendu leur rapport en date du 29 juillet 2009. Ils ont posé les diagnostics de séquelles douloureuses d'une fracture de l'extrémité distale du membre supérieur gauche, traitée chirurgicalement, ayant une répercussion sur la capacité de travail ainsi que ceux d'obésité, d'hypertension artérielle, de suspicion de syndrome des apnées obstructives du sommeil, de modification durable de la personnalité après une expérience de captivité prolongée (1992 à 2000) avec risque d'être tué à tout moment et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie.

Sur le plan somatique, l'assuré, qui avait été victime d'une fracture de l'extrémité distale de l'avant-bras gauche en 1992 ou 1993, a expliqué que la situation aurait bien évolué jusqu'aux différentes interventions chirurgicales qui avaient débuté en 2002 et qu'elle était devenue catastrophique depuis la dernière de ces interventions s'étant déroulée le 13 février 2007. De plus, il affirmait être gaucher, toutefois, l'examineur s'était dit « frappé » par l'aisance avec laquelle il écrivait avec la main droite (signature de la procuration). L'examen neurologique n'avait pas mis en exergue de problèmes, hormis un manque de force majeur au niveau de la main gauche, cependant, l'absence de force résultait, d'après l'examineur, d'une absence de collaboration de l'assuré, qui n'avait à l'évidence qu'effleuré la poire qu'il lui avait été demandé de serrer. Les tests musculaires étaient également difficilement réalisables, car l'assuré ne s'y soumettait pas en raison des douleurs qu'ils engendraient. L'examineur n'a pas constaté d'amyotrophie manifeste du membre supérieur gauche et les co-contractions d'opposition développées lors de la mobilisation passive des différentes articulations du membre supérieur gauche dénotaient une force satisfaisante. Au niveau musculo-squelettique, il n'y avait aucune anomalie de mobilité au niveau des articulations des membres inférieurs, et notamment de la hanche, même si l'assuré avait fait part de vives douleurs dans la région de la crête iliaque gauche. Au niveau du membre supérieur gauche, l'examineur a essentiellement constaté un status après arthrodèse pancarpienne gauche. La mobilité des longs doigts et du coude était, en revanche, normale et la limitation de l'épaule gauche était discrète sans aucun signe évocateur d'une algoneurodystrophie. Enfin, l'expert a déclaré que si l'état post-traumatique et post-chirurgical du poignet gauche ne faisait aucun doute, il n'y avait pas d'argument permettant de justifier les douleurs extrêmes annoncées par l'assuré, et ce d'autant plus au regard de l'absence de toute élévation de la température cutanée au niveau du poignet gauche et de la modestie du traitement antalgique. Il a ainsi conclu que le résultat objectif des diverses interventions était très satisfaisant et que rien ne permettait de retenir une totale incapacité de travail dans une activité adaptée, épargnant majoritairement le membre supérieur gauche.

Sur le plan psychiatrique, l'examen n'avait pas mis en évidence de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial. En revanche, l'examineur a expliqué que l'assuré avait développé un état de stress post-traumatique en 1992, lequel était actuellement en rémission, mais son évolution avait engendré une modification durable de la personnalité après une expérience de captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment. Ce changement de la personnalité était caractérisé par la présence d'une attitude hostile et méfiante envers le monde, de sentiments de vide et d'une impression permanente d'être sur la brèche comme si la menace était constante. Ce trouble, qui était présent avant l'arrivée de l'assuré en Suisse, ne l'avait cependant pas empêché de travailler à 100% pendant plusieurs années, de sorte qu'il ne justifiait pas une diminution de la capacité de travail. Quant au diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, il n'était pas considéré comme une pathologie chronique à caractère incapacitant. Partant, sur le plan psychiatrique, aucune atteinte n'avait de caractère incapacitant ou d'influence sur la capacité de travail.

Les experts ont conclu que l'assuré ne pouvait plus travailler en qualité de nettoyeur, mais qu'il présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle devait tenir compte de ses limitations fonctionnelles somatiques lesquelles concernaient le travail sollicitant le membre supérieur gauche, hormis pour des gestes simples de soutien par exemple, sans déploiement de force et sans mouvement répété de pro-supination. Le travail exigible devait essentiellement consister en une activité sollicitant le membre supérieur droit, étant précisé qu'il était réputé être le membre supérieur non dominant. De plus, d'après les experts, la totale incapacité de travail retenue par le Dr A \_\_\_\_\_ dès 2006 n'était plus justifiée dans une activité adaptée dès l'automne 2007, soit 6 mois environ après la dernière intervention chirurgicale. Toutefois, au vu du déconditionnement physique lié à la longue période d'inactivité, la reprise d'une activité adaptée devait se faire de manière progressive. Enfin, les examinateurs ont préconisé que l'entière capacité de travail « mérite d'être traduit[e] en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ».

10. Dans un avis du 28 août 2009, la Dresse D \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a pris note du contenu du rapport bidisciplinaire.
11. Sur requête de l'OAI, le dernier employeur de l'assuré a indiqué, le 15 octobre 2009, qu'en 2007, le salaire horaire de l'assuré aurait été de 21 fr. 25 et qu'un 13<sup>ème</sup> salaire lui aurait également été versé.
12. Le 10 novembre 2009, l'OAI a signifié à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière limitée du 1<sup>er</sup> au 31 août 2007. Sur demande écrite et motivée, l'octroi d'une

aide au placement pouvait être examiné. L'OAI a tout d'abord estimé qu'il y avait lieu de suivre les conclusions du rapport bidisciplinaire du SMR, de sorte que la capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme nulle dans toute activité lucrative dès le 1<sup>er</sup> février 2006, puis entière dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques dès l'automne 2007. Il a également procédé à une comparaison des gains, en tenant compte d'une part, du salaire qu'il aurait pu obtenir en 2007 s'il avait continué à travailler en qualité de nettoyeur chez X\_\_\_\_\_ SA (revenu sans invalidité) et d'autre part, du salaire qu'il réaliserait dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques, lequel était déterminé en fonction des salaires statistiques (revenu d'invalidité). Il en résultait un degré d'invalidité nul, de sorte que dès le 31 août 2007 son droit à la rente s'éteignait. Par ailleurs, le versement de la rente ne pouvait débiter que le 1<sup>er</sup> août 2007, dans la mesure où la demande de prestations avait été déposée plus de 12 mois après le début du droit (en août 2008).

13. Par courrier du 3 décembre 2009, le Dr E\_\_\_\_\_, médecin généraliste, et Madame W\_\_\_\_\_, psychologue, auprès de la CTG des HUG, ont sollicité de l'OAI qu'il reconsidère le dossier de l'assuré, lequel était suivi depuis longtemps à leur consultation. Ils se sont dits particulièrement « frappés » par les commentaires des médecins experts, qui ne tenaient pas compte du contexte psychosocial de l'assuré. Ils ont également fait part de leurs doutes quant à la valeur de cette expertise en matière de séquelles de guerre et de torture et ont déclaré que leurs constatations s'opposaient à celles des experts. Ils ont ainsi considéré que l'assuré « a été victime d'un vice d'expertise ».
14. Dans un avis du 22 janvier 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que les éléments soulevés par le Dr E\_\_\_\_\_ et Madame W\_\_\_\_\_ n'étaient pas motivés et qu'ils n'apportaient aucun élément permettant de modifier les précédentes conclusions du SMR. De plus, le médecin a estimé que le rapport rhumato-psychiatrique du SMR était complet et contenait tous les éléments pour présenter valeur probante au sens de la jurisprudence et a rappelé que les examinateurs avaient signalé que « les difficultés linguistiques, l'absence de formation professionnelle, les problèmes financiers, l'absence de motivation ne font pas partie du domaine médical ».
15. Par décision du 11 mars 2010, l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision du 10 novembre 2009.
16. Le 6 avril 2010, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, sollicitant préalablement, un délai pour compléter son recours et principalement, l'octroi dès le 1<sup>er</sup> février 2007 d'une rente entière d'invalidité de durée indéterminée. Il a contesté en l'état les conclusions du rapport d'examen du SMR du 22 juillet 2009, attendu que le Dr E\_\_\_\_\_ et Madame W\_\_\_\_\_ estimaient que ses troubles entraînaient une totale incapacité de travail.

17. Le 1<sup>er</sup> juin 2010, il a complété son recours et a requis, préalablement, l'audition du Dr E\_\_\_\_\_ et de Madame W\_\_\_\_\_ et la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique neutre et indépendante, principalement, l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement, l'octroi d'une mesure d'observation professionnelle, d'orientation professionnelle et d'une aide au placement. Il a fait valoir que l'OAI n'avait pas approfondi ses arguments et qu'il n'avait pas pris contact avec sa psychologue avant de rendre sa décision. Il a expliqué qu'il se rendait à la CTG depuis de nombreuses années et qu'il était extrêmement angoissé dès qu'il était seul, faisait des cauchemars et avait toujours des flashbacks d'épisodes vécus pendant la guerre tant la journée que la nuit. Il a également contesté le raisonnement des médecins tendant à retenir qu'il ne subissait actuellement pas d'incapacité de travail, attendu que ses atteintes psychiques existaient avant son arrivée en Suisse et qu'elles ne l'avaient pas empêché de travailler. Par ailleurs, ses opérations de la main, qui n'avaient pas apporté d'amélioration, l'avaient déstabilisé psychologiquement. Il a également contesté le calcul de son degré d'invalidité. Enfin, l'OAI aurait dû, d'après lui, déterminer quelles activités il était susceptible d'effectuer, dans la mesure où le SMR avait admis des limitations conséquentes liées à l'utilisation de son bras gauche.
18. Par réponse du 23 juin 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a expliqué que l'existence du diagnostic de modification durable de la personnalité avant l'arrivée du recourant en Suisse avait une influence sur les conditions d'assurance, mais que ce diagnostic ne justifiait, en tout état de cause, ni diminution de la capacité de travail ni limitation fonctionnelle. En outre, l'examen rhumato-psychiatrique du SMR présentait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et une nouvelle expertise n'avait pas à être mise en œuvre. Enfin, l'OAI a estimé qu'il n'y avait pas non plus lieu de mettre en place une mesure d'orientation professionnelle, eu égard au coût d'une telle mesure et du résultat prévisible. Qui plus est, l'assuré n'avait pas effectué de démarche afin de bénéficier d'une mesure d'aide au placement qui avait été proposée dans la décision attaquée.
19. Le 14 septembre 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr G\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
20. Le 23 septembre 2010, l'intimé s'est déclaré d'accord avec la mission d'expertise et a requis une question complémentaire.
21. Le recourant n'a pas formé d'observations.

22. Par ordonnance no ATAS/1018/2010 du 7 octobre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a ordonné une expertise psychiatrique qu'il a confié au Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
23. Dans son rapport du 23 décembre 2010, le Dr G\_\_\_\_\_ a tout d'abord expliqué qu'il avait rencontré le recourant les 19 novembre et 7 décembre 2010 et qu'il avait eu deux entretiens téléphoniques, en date du 15 décembre 2010, avec Madame W\_\_\_\_\_ et avec le Dr A\_\_\_\_\_.

D'après l'expert, l'assuré semblait notamment englué mentalement, peu vif, peu réactif à l'environnement, fermé sur lui-même. Il était collaborant, mais peu loquace, défensif lors du premier entretien et s'exprimant toutefois plus facilement lors du second entretien.

Il a expliqué que le vécu du recourant durant ses huit années de captivité pouvait avoir correspondu à une atteinte majeure à son intégrité psychique et était très difficile à surmonter. En effet, cliniquement, il s'est dit frappé par un ralentissement psychomoteur, un langage peu différencié et appauvri, une détresse psychique et par une incapacité à verbaliser un vécu qui l'envahissait. Le recourant présentait actuellement des tendances projectives, lesquelles étaient exprimées à l'égard des chirurgiens, une irritabilité et une importante auto-agressivité, et peinait à investir sa vie de manière positive. Son vécu, qui l'avait confronté à l'indicible, à l'horreur, à l'absurde et à l'impuissance la plus totale face aux agresseurs, avait perturbé et bloqué son fonctionnement psychique depuis l'adolescence et absorbait, d'après l'expert, encore beaucoup d'énergie dans sa lutte pour sa survie psychique. Son état de stupeur, sa fuite sociale et les projections maladroites étaient des mécanismes de défense assez classiques face à des souvenirs qui dépassaient sa capacité d'élaboration. L'expert a estimé que si le recourant devait pouvoir exercer, à terme, une activité professionnelle grâce aux moyens résiduels dont il disposait, il n'avait pas actuellement les ressources mobilisables nécessaires pour se réintégrer professionnellement. Il devrait être amené, sous l'angle de la réhabilitation psychique, à une position plus solide, avant qu'une réinsertion professionnelle puisse être organisée.

L'expert psychiatre a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique. Le premier diagnostic a été qualifié de grave. En effet, l'expression et la visibilité du trouble étaient relativement modérées, dans la mesure où elles ne se voyaient pas immédiatement, mais les dégâts internes du vécu traumatisant étaient sévères, voire quasiment paralysants. Le deuxième trouble, d'intensité moyenne, a été retenu en tant que co-morbidité du premier trouble. L'expert a indiqué à cet égard que le recourant réfutait tout vécu de culpabilité, de honte ou de sentiment d'insuffisance, toutefois, conformément aux déclarations des médecins du recourant, il s'agissait, selon toute probabilité, d'un déni, déni dont la

fonction était très certainement un mécanisme de défense. Ces deux troubles étaient fortement intriqués et s'entretenaient mutuellement. L'expert a précisé que le recourant souffrait d'une modification durable de la personnalité à son arrivée en Suisse en 2000 déjà et d'état dépressif depuis 2006 en tous les cas.

Quant à l'évolution de la gravité des troubles psychiques entre le mois de mai 2000 et le mois de mars 2010, l'expert a déterminé qu'il lui était difficile de prendre position sur la période de 2000 à 2005, mais qu'il semblait y avoir eu une amélioration de son état psychique jusqu'en 2003, voire même jusqu'au début de l'année 2006, moment à partir duquel il n'arrivait plus à assumer son activité professionnelle, ni d'ailleurs à se concentrer et à emmagasiner les cours de français lors de sa période subséquente de chômage. Dès 2006, le recourant, qui avait pu mobiliser son énergie psychique, dans un premier temps, s'était épuisé, d'après l'expert, face à l'énorme difficulté de surmonter son vécu, soit une longue survie (huit ans comme prisonnier de guerre) dans un contexte psychique extrêmement perturbant (dans l'uniforme de l'ennemi). Ainsi, les troubles psychiatriques du recourant engendraient une incapacité totale de travail dès le mois de février 2006, étant précisé que des facteurs sociaux ne semblaient pas avoir déclenché cette incapacité.

D'après l'expert, il n'y avait pas d'amélioration possible à court et moyen terme de l'état de santé du recourant. En effet, l'amélioration était possible, mais nécessitait des années de prise en charge, de psychothérapie, d'ergo- et de physiothérapie, des mesures socio-éducatives et un véritable encadrement et un soutien psychosocial.

En ce qui concernait les limitations fonctionnelles du recourant, l'expert a constaté que celui-ci était ralenti, découragé, ne récupérait pas la nuit, était fatigué la journée et perturbé par des douleurs chroniques du membre supérieur gauche, n'arrivait pas à se concentrer, était labile émotionnellement, tournait l'agressivité contenue contre lui-même ou la projetait de manière inappropriée sur autrui. De plus, il était extrêmement blessé sur le plan narcissique et allait difficilement supporter des conflits ou de nouvelles agressions verbales.

Enfin, l'expert a commenté l'examen psychiatrique du SMR du 29 juillet 2009, qui lui semblait s'être déroulé de manière superficielle et rapide, dans la mesure où l'examineur s'était uniquement fondé sur les dires du recourant et sur ses observations durant l'examen. En effet, la problématique psychique était complexe et le recourant n'arrivait pas à extérioriser simplement son vécu ni d'ailleurs à l'admettre. Il a estimé que le premier échange avec une personne victime de torture ou d'actes de guerre ne pouvait être que superficiel. Le psychiatre du SMR ne tenait notamment pas compte, d'après l'expert, des profonds remaniements psychiques que de tels traumatismes impliquaient, et en particulier dans le cas du recourant, du fait qu'il avait été capturé pratiquement à la sortie de sa scolarité obligatoire et qu'il avait été enrôlé de force et avait dû porter l'uniforme des miliciens serbes. Selon les

dières du recourant, il avait été brutalisé à de nombreuses reprises et la fracture du poignet n'était que « la partie humainement montrable », sur laquelle il semblait se fixer actuellement.

24. Le 13 janvier 2011, le recourant a déclaré que le contenu du rapport d'expertise correspondait parfaitement à sa situation, de sorte qu'il concluait à une totale invalidité dès l'automne 2006.
25. Le 23 février 2011, l'intimé a transmis à la Cour de céans un avis de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 18 février 2011, lequel remettait, d'après lui, sérieusement en cause les conclusions de l'expert, qui ne pouvaient être suivies. Il a réservé ses conclusions.

Il résulte de l'avis du médecin du SMR que le recourant, facilement irritable, projectif, en colère et requérant le respect de ses droits, avait une attitude énergique et combative, laquelle n'était pas compatible avec le fait qu'il soit déprimé, ralenti et renfermé sur lui-même. De plus, d'après la Dresse C\_\_\_\_\_, les déclarations de l'expert ne s'appuyaient sur aucune source et sur aucun test d'intelligence standardisé et approprié. L'expert faisait également abstraction de l'examen clinique psychiatrique effectué le 22 juillet 2009, lequel permettait de retenir que la vie quotidienne décrite par le recourant était normale. En ce qui concernait le diagnostic de modification durable de la personnalité, elle estimait qu'il n'avait pas empêché le recourant d'exercer une activité lucrative jusqu'en avril 2006 et que cette pathologie ne justifiait pas d'incapacité de travail, et ce eu égard au rapport du Dr A\_\_\_\_\_. Quant au diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, il ne reposait, d'après elle, que sur des interprétations et des hypothèses formulées par l'expert et non sur des critères objectifs. Par ailleurs, elle a signalé qu'il ne ressortait pas du dossier que le recourant ne pouvait plus assumer son activité professionnelle dès la fin de l'année 2005, comme retenu par l'expert. Elle a également estimé que l'expert se contredisait, en déclarant d'une part, que l'assuré était incapable de se concentrer et d'emmagasiner des cours de français et d'autre part, qu'il disposait probablement de peu de ressources intellectuelles et psychoaffectives avant la guerre. Enfin, la Dresse C\_\_\_\_\_ a considéré, contrairement à l'expert, que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement somatiques, comme décrites par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son examen clinique du 22 juillet 2009. Elle a ainsi conclu que l'état de santé psychiatrique du recourant était stationnaire depuis son arrivée en Suisse en 2000 et que l'expertise psychiatrique du Dr G\_\_\_\_\_, empathique et basée sur des interprétations subjectives et des hypothèses, n'apportait aucun fait objectif nouveau permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'examen du SMR du mois de juillet 2009.

26. Sur requête de la Cour de céans, X\_\_\_\_\_ SA a confirmé, par courrier du 6 avril 2011, que le recourant a travaillé du 14 avril 2004 au 31 janvier 2006 et a

indiqué qu'il avait été absent, durant cette période, du 7 au 28 octobre 2005, pour cause d'accident, et du 30 octobre au 28 novembre 2005 pour les vacances.

27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La recevabilité et le droit applicable ayant déjà été examinés dans le cadre de l'ordonnance d'expertise du 7 octobre 2010, il n'y sera pas revenu. En ce qui concerne la compétence *ratione materiae*, il sera précisé que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2007 et au-delà du 31 août 2007.

La décision dont est recours concernant le versement d'une rente limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> au 31 août 2007, est fondée sur la problématique somatique du recourant (fracture au poignet gauche), laquelle avait engendré une totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives du 1<sup>er</sup> février 2006 jusqu'au 31 août 2007. Dans la mesure où, dans le cadre de l'ordonnance d'expertise du 7 octobre 2010, il a été conféré valeur probante à l'examen rhumatologique effectué par le SMR durant le mois de juillet 2007, la seule question restant à discuter porte sur les troubles psychiatriques du recourant et sur leurs conséquences sur sa capacité de travail.

3. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

---

accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

5. a) Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

b) D'après l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 31 décembre 2007, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

Toutefois, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007).

c) De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement

---

supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1<sup>er</sup>).

6. a) À teneur de l'art. 6 LAI, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la loi, l'art. 39 étant réservé (al. 1<sup>er</sup>). Les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) 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)

D'après l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, lequel est applicable tant pour les suisses que les étrangers, le droit aux rentes ordinaires appartient aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, cette durée a été portée à trois ans (art. 36 al. 1 LAI).

b) La Suisse a conclu le 8 juin 1962 une convention relative aux assurances sociales avec la République Populaire Fédérale de Yougoslavie (RS 0.831.109.818.1). Elle a été abrogée et remplacée par des nouvelles conventions bilatérales de sécurité sociale dans les rapports avec la Croatie (art. 40 de la Convention du 9 avril 1996; RS 0.831.109.291.1), avec la Slovénie (art. 39 de la Convention du 10 avril 1996; RS 0.831.109.691.1) et avec la Macédoine (art. 41 de la Convention du 9 décembre 1999; RS 0.831.109.520.1). La convention conclue à l'époque avec la Yougoslavie reste pour l'instant applicable aux relations entre la Suisse, la Serbie, le Monténégro et la Bosnie-Herzégovine, dont le recourant est ressortissant (cf. sur l'applicabilité de cette convention aux relations entre la Suisse et les anciennes parties de la Yougoslavie: ATF 122 V 381 consid. 1 p. 382; 126 V 198 consid.2b p. 203 sv.; cf. également ATF 132 II 65 consid. 3.5.2 p. 73 sv.).

Sous réserve de dispositions particulières de la présente Convention et de son Protocole final, qui ne trouvent pas application en l'espèce, les ressortissants suisses et de Bosnie-Herzégovine jouissent de l'égalité de traitement quant aux droits et aux obligations résultant des dispositions de la LAI (art. 2 de la convention).

c) 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 sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni 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. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 5 9 consid. 2b et références y citées).

Lorsque l'invalidité, qui est préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse ou au moment où il remplit les conditions relatives aux cotisations ou à la résidence pour bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, a été interrompue ultérieurement de façon notable, il y a lieu d'admettre un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a expliqué dans un arrêt du 27 juillet 1966 qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état 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 (ATFA 1966 p. 175 ss, p. 179 consid. 4). Un nouveau cas d'assurance a été nié pour une assurée qui avait certes repris une activité lucrative pendant trois ans environ, mais qui était fréquemment absente en raison de maladie ou pour un assuré qui n'avait jamais réellement pu se réinsérer dans la vie professionnelle, car sa maladie (asthme) se décompensait à chaque fois qu'il débutait une activité (cf. ATF 126 V 5 10 consid. 2c ; ATFA non publié du 13 janvier 2004 I 54/03 consid. 3).

7. a) 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).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. A 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

8. a) En l'espèce, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre par le Tribunal cantonal des assurances sociales, laquelle a été confiée au Dr G\_\_\_\_\_.

Le rapport de cet expert daté du 23 décembre 2010 présente valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, il a été établi sur la base de deux entretiens avec le recourant espacés de trois semaines, sur deux entretiens téléphoniques avec le médecin et la psychologue suivant le recourant, ainsi que sur la base des pièces du dossier, d'une anamnèse familiale, personnelle et médicale et d'un exposé des plaintes du recourant. En outre, l'expert a clairement posé les diagnostics dont souffrait le recourant, a exposé ses constatations objectives, a procédé à une discussion du cas et a motivé ses conclusions de manière convaincante. En effet, il a retenu que le recourant souffrait d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Il a également expliqué quelles étaient les circonstances de sa détention durant huit ans, soit notamment les mauvais traitements qu'il a subi dès son adolescence, ainsi que les conséquences actuelles de cette période de captivité sur son comportement envers autrui, envers lui-même ou sur ses ressources intellectuelles et psychiques notamment. On comprend que les troubles psychiatriques du recourant, lesquels étaient fortement imbriqués, engendraient des limitations très importantes et étaient d'une gravité telle qu'une reprise d'une activité lucrative ne pouvait actuellement être envisagée et qu'une amélioration de son état de santé allait nécessiter des années de prise en charge (psychothérapie, ergo- et physiothérapie, mesures socio-éducatives ainsi que véritable encadrement et soutien psychosocial). Par ailleurs, l'expert a estimé que le trouble de la personnalité était présent lors de l'arrivée en Suisse du recourant, que celui-ci avait toutefois réussi à mobiliser son énergie psychique, dans un premier temps, en exerçant une activité lucrative, mais qu'il s'était épuisé face à l'énorme difficulté de surmonter son vécu extrêmement perturbant (huit ans comme prisonnier de guerre, portant l'uniforme de l'ennemi), de sorte que dès le mois de février 2006, sa capacité de travail devait être considérée comme nulle dans toutes les activités lucratives en raison de ses problèmes psychiques. Enfin, il est également compréhensible, comme l'expose l'expert, que l'examen psychiatrique du SMR avait été établi de manière superficielle, attendu qu'il ne se basait que sur les dires du recourant et sur les observations des examinateurs durant un seul entretien, alors

même que la problématique était complexe et que le recourant n'arrivait ni à extérioriser son vécu ni à l'admettre, et ce d'autant moins lors d'un premier entretien.

Pour le surplus, la Cour de céans ne met en exergue aucune circonstance particulière permettant de douter de l'indépendance de l'examinateur, de sorte que son rapport présente valeur probante au sens de la jurisprudence.

b) Le contenu de ce rapport d'expertise a toutefois été remis en cause par la Dresse C \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR.

Le Tribunal cantonal des assurances sociales n'a pas accordé de valeur probante à l'examen psychiatrique de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2010 dans le cadre de son ordonnance d'expertise, eu égard notamment à l'absence de motivation suffisante.

Par ailleurs, l'avis de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 18 février 2011 n'est pas convaincant. En effet, celle-ci sort notamment les propos de l'expert de leur contexte et conteste les déclarations de celui-ci sans tenir compte de ses explications. On ne voit tout d'abord pas en quoi le fait que le recourant sollicite une rente entière d'invalidité, sans toutefois qu'une attitude particulièrement revendicative ait été relevée, ne soit pas compatible avec le fait que le recourant se soit renfermé au fil des années, en ce sens qu'il n'évoque plus, d'après les dires du Dr A \_\_\_\_\_, certains événements de son vécu traumatisant. On ne peut d'ailleurs exclure que le recourant ait été aidé dans le cadre de la présente procédure. En outre, la Dresse C \_\_\_\_\_ estime que l'expert n'aurait pas tenu compte des déclarations du recourant résultant de l'examen du 22 juillet 2009 (examen unique), lors duquel il décrivait une vie quotidienne normale. L'expert a souligné à cet égard, à plusieurs reprises, que le recourant était dans le déni et qu'il ne s'ouvrait pas au premier abord, mais nécessitait pour ce faire d'un cadre particulièrement rassurant et d'une certaine confiance en ses interlocuteurs, ce qui explique pourquoi l'anamnèse de la Dresse C \_\_\_\_\_, qui n'a vu le recourant qu'à une reprise, et celle de l'expert, qui l'a rencontré à deux reprises et qui s'est entretenu tant avec un médecin qu'avec une psychologue suivant le recourant, diffèrent de manière substantielle. Le médecin du SMR considère également que la modification durable de la personnalité ne pouvait pas être responsable d'une incapacité de travail, attendu que le recourant avait réussi à exercer une activité lucrative jusqu'en 2006. A cet égard, l'expert a expliqué, de manière convaincante, que le recourant avait certes pu entreprendre une activité pendant plusieurs années, en arrivant à mobiliser son énergie, mais qu'il s'était épuisé au fil du temps, au vu de l'importance de son vécu, qui avait été psychiquement traumatisant. En outre, il est difficile de comprendre les raisons pour lesquelles l'expert se contredirait, d'après le médecin du SMR, en affirmant d'une part, que le recourant était incapable de se concentrer et d'emmagasiner les cours de français et d'autre part,

qu'il disposait de peu de ressources intellectuelles avant la guerre. Quoi qu'il en soit, même si aucune pièce au dossier n'atteste du fait que le recourant ne possédait que peu de ressources avant la guerre, cela n'a pas d'incidence sur l'état de santé psychique actuel du recourant, lequel est dûment documenté. Il sied également de remarquer que le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2008 n'était pas aussi rassurant que semble le déclarer la Dresse C\_\_\_\_\_. En effet, bien que le Dr A\_\_\_\_\_ ait indiqué qu'une reprise de l'activité lucrative puisse intervenir eu égard au résultat du traitement de l'algoneurodystrophie, il a également déclaré que le recourant souffrait notamment d'une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe et d'un syndrome de stress post-traumatique avec une hyper vigilance et des réminiscences et a conclu qu'une reprise de l'activité professionnelle dépendait du résultat tant des traitements de l'algoneurodystrophie que de ceux des atteintes psychologiques. Enfin, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux, il convient de constater qu'ils n'ont effectivement pas empêché le recourant de travailler et qu'il n'ont ainsi pas d'incidence sur l'incapacité de travail du recourant. Pour le surplus, la Dresse C\_\_\_\_\_ n'explique pas sur quels éléments elle se fonde pour affirmer que l'expert est empathique. Quoi qu'il en soit, elle ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise.

Au vu de ces éléments, l'avis de la Dresse C\_\_\_\_\_, qui n'a rencontré le recourant qu'à une seule reprise et qui ne s'est pas entretenu, comme l'expert psychiatre, avec le médecin et la psychologue suivant le recourant, ne saurait remettre en cause les conclusions motivées et convaincantes du Dr G\_\_\_\_\_.

c) Partant, il y a lieu de conclure à la pleine valeur probante du rapport d'expertise du 23 décembre 2010. Il sied ainsi de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que bien que le trouble de la personnalité du recourant ait déjà été présent à son arrivée en Suisse, le recourant a réussi à le surmonter pendant un certain temps, soit notamment durant la période courant du 14 avril 2004 au 31 janvier 2006, période durant laquelle il a travaillé à plein temps en qualité de nettoyeur. Ce trouble, accompagné d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, a engendré dès le 1<sup>er</sup> février 2006 au plus tard, indépendamment de l'existence des atteintes somatiques, une totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives et ce de manière indéterminée.

9. En outre, l'incapacité de travail durable du recourant a débuté en date du 1<sup>er</sup> février 2006, de sorte qu'en principe, il a droit à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2007, soit une année après le début de son incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 LAI). Toutefois, le recourant ayant déposé sa demande de prestations auprès de l'intimé seulement durant le mois d'août 2008, son droit à la rente ne prend naissance que le 1<sup>er</sup> août 2007 (art. 29 al. 2 LAI et 48 al. 2 LAI).

A ce moment-là, pour qu'un ressortissant de Bosnie-Herzégovine puisse percevoir une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité, il devait avoir cotisé durant une année (art. 6 al. 2 et 36 al. 1 LAI), condition que le recourant remplit.

Enfin, il convient de retenir que conformément au rapport d'expertise, l'état de santé psychique du recourant s'est amélioré d'une manière importante, pendant une durée conséquente, en ce sens qu'il a en tous les cas travaillé pendant près de deux ans à plein temps en qualité de nettoyeur au sein de X\_\_\_\_\_ SA. De plus, durant cette période courant du 14 avril 2004 au 31 janvier 2006, il a uniquement été absent pendant trois semaines en raison d'un accident, soit du 7 au 28 octobre 2005, de sorte qu'il peut être conclu qu'il n'a pas été absent de manière répétée durant cette période. Force est dès lors de constater que même si l'invalidité du recourant, était préexistante à son arrivée en Suisse, elle a manifestement été interrompue de manière notable entre le mois d'avril 2004 et le début de l'année 2007. On se trouve dès lors en présence d'un nouveau cas d'assurance au sens de la jurisprudence citée ci-dessus.

10. Par conséquent et attendu que le degré d'invalidité se confond en l'espèce avec celui de l'incapacité de travail (Arrêt du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2), le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2007, sans limitation de durée. Son recours sera ainsi partiellement admis, attendu qu'il n'obtient pas l'entier de ses conclusions.
11. Au vu de l'issue du litige, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, l'émolument à la charge de l'intimé sera fixé à 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 11 mars 2010.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois d'août 2007.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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