

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2229/2010

ATAS/1016/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 novembre 2011

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Olivier  
LEVY, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur G\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, de nationalité éthiopienne, est arrivé en Suisse à l'âge de 18 ans en tant que réfugié politique.
2. Dès 1982, l'assuré, au bénéfice d'un permis F, a travaillé en qualité de manœuvre dans le bâtiment puis dans la restauration. En 2004 et 2005, il a travaillé pour la Fondation Foyer-Handicap, dans le domaine de la broderie.
3. En date du 30 octobre 2003, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'un placement ou d'une rente, en raison de sa surdité survenue durant l'enfance.
4. Dans un rapport établi le 14 novembre 2003 à l'attention de l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale, a indiqué n'avoir examiné le patient que dans le cadre d'une expertise pour appareillage acoustique en 1995 et 2002. Il présentait une très importante hypoacousie de perception bilatérale avec une perte de 99 % à gauche et 94 % à droite, ce qui avait justifié l'octroi d'un appareillage aux frais de l'Hospice général. Pour le surplus, le praticien n'était pas en mesure de fournir de renseignement concernant la capacité de travail ou le degré d'invalidité, n'étant pas son médecin traitant.
5. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2004, les Dresses M\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et N\_\_\_\_\_, médecin interne du Département de médecine communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ont diagnostiqué une hypoacousie bilatérale, existant depuis l'enfance, et depuis une dizaine d'années des troubles psychologiques qui devaient être investigués. Le patient présentait un état de santé mentale assez fluctuant et il était difficile de formuler un diagnostic, l'assuré étant peu preneur de soins et omettant fréquemment de se présenter aux rendez-vous médicaux proposés. Elles concluaient néanmoins à une incapacité de travail de 100% depuis 1995.
6. Par décision du 28 juin 2004, l'OAI a refusé un reclassement, au motif que l'atteinte à la santé dont souffrait l'assuré ne l'empêchait pas d'exercer toutes sortes d'activités lucratives dans des milieux peu bruyants, sans perte économique. Cette décision est entrée en force à l'issue du délai d'opposition prévu à cet effet.
7. Par décision du 29 juin 2004, l'OAI a également refusé le droit à une rente d'invalidité, pour les mêmes motifs. Cette décision est également entrée en force, sans que l'assuré n'y forme opposition.

8. En date du 9 juillet 2004, la Dresse M \_\_\_\_\_ a interpellé l'OAI, relevant que si l'hypoacousie ne paraissait pas justifier une rente AI, il n'en restait pas moins que le patient présentait une problématique psychologique qui demandait à être investiguée, comme elle l'avait signalé dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2004. Elle joignait copie d'une évaluation psychiatrique effectuée le 17 mai 2004 par la Dresse O \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe du département de psychiatrie des HUG, au terme de laquelle il était impossible de poser un diagnostic avec certitude, de sorte qu'elle suggérait à nouveau à l'OAI de pratiquer une expertise psychiatrique sur l'assuré.
9. Dans un rapport du 25 juin 2008, le Dr P \_\_\_\_\_, chef de clinique du Programme Santé Migrants Charmilles, a indiqué que le patient était bénéficiaire d'un suivi psychiatrique spécialisé depuis le 21 avril 2008 et a diagnostiqué un trouble de la personnalité schizoïde, F60.1. Du fait de son trouble mental, le patient ne parvenait jamais à conserver une continuité dans le milieu du travail, de sorte que seul un emploi en milieu protégé où il serait peu confronté au contact avec des collègues et où un soutien psychologique serait présent pouvait être envisagé dans son cas.
10. Le 31 octobre 2008, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de sa surdité et de troubles psychologiques.
11. Dans un rapport du 27 février 2009 à l'attention de l'OAI, la Dresse M \_\_\_\_\_ indiquait que depuis sa perte d'emploi en 2005, le patient avait progressivement développé un trouble de la personnalité, parallèlement à sa surdité, entraînant un repli sur lui-même et le développement d'un sentiment de persécution de la part de toutes les autorités. Si aucune prise en charge psychosociale n'était organisée, il fallait s'attendre à une aggravation de la symptomatologie avec le temps. Une activité en milieu protégé à 40 - 50% était indiquée pour limiter la désocialisation qui renforçait le sentiment de persécution.
12. Dans un rapport ultérieur du 21 juillet 2009, la Dresse M \_\_\_\_\_ indiquait encore que, voyant son patient à raison d'une ou deux consultations mensuelles, elle avait constaté que le trouble de la personnalité s'était aggravé progressivement, l'aggravation n'étant pas en lien avec une cause particulière. La durée de la procédure d'asile ou sa surdité avaient pu faciliter cette aggravation. On pouvait ainsi estimer que l'activité en milieu protégé était l'unique possibilité d'activité professionnelle depuis le début des années 2000.
13. Dans un rapport du 16 novembre 2009, le Dr Q \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, médecin SMR de l'OAI, a conclu à des traits de personnalité schizoïde F60.1, sans répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci était de 100 % sur le plan psychiatrique dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, depuis l'arrivée en Suisse de l'assuré.

14. Dans un nouveau rapport du 4 janvier 2010, le Dr R\_\_\_\_\_, médecin SMR de l'OAI, a confirmé que sur le plan psychiatrique, aucune pathologie n'était décelée. Il n'existait pas de maladie psychiatrique ou de symptomatologie dépressive, anxieuse, psychotique, ni de trouble de la personnalité décompensé à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant comme conséquence une incapacité de travail. Seuls pouvaient être retenus des traits de la personnalité schizoïde, sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan physique, le patient présentait une atteinte auditive depuis l'âge de quatre ans, soit une surdité de perception consécutive à un traumatisme sonore aigu après une explosion d'une bombe dans son pays. L'assuré était cependant appareillé, de sorte que la capacité de travail était, sur ce plan également, de 100% dans une activité adaptée.
15. Par projet de décision du 8 janvier 2010, l'OAI a informé l'intéressé qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée ou des empêchements dans le ménage.
16. Le 4 février 2010, l'intéressé, sous la plume de CARITAS Genève, a contesté les conclusions du SMR, se référant à des rapports établis les 4 et 5 février 2010 par les Drs P\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ qui concluaient à une atteinte à la santé mentale sévère et préconisaient la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique complète. Au vu des importantes limitations fonctionnelles de l'assuré, seul un emploi en milieu protégé pouvait lui convenir.
17. Par décision datée du 25 mai 2010, l'OAI a confirmé sa position, niant le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI considérait qu'il ressortait de l'analyse du SMR que l'assuré n'était pas atteint d'une maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée ou des empêchements dans le ménage, de sorte que l'atteinte à la santé de l'assuré ne constituait pas une invalidité au sens de la loi. Par ailleurs, les éléments soulevés par l'assuré n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation de l'OAI, de même que les documents versés au dossier ne démontraient pas qu'il y avait des éléments objectifs ayant des répercussions sur la capacité de travail. De ce fait, la mise en œuvre d'une expertise ne se justifiait pas.
18. Le 28 juin 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le TCAS) devenu depuis lors la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans) contre ladite décision, concluant principalement à son annulation, au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès de l'Institut universitaire de médecine légale de Genève et à l'allocation d'une indemnité de procédure. Préalablement, le recourant concluait à l'audition des Drs M\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. À l'appui de son écriture, le recourant exposait que les différents médecins consultés avaient mis en évidence qu'il souffrait incontestablement de troubles psychiques qui diminuaient de manière

importante et durable sa capacité de travail. Le médecin SMR, après un entretien unique et sans même s'entourer des renseignements utiles auprès des médecins-traitants avait, à tort, ignoré ses problèmes psychiatriques. À ce titre, les rapports des 4 et 5 février 2010, consécutifs au projet de décision de l'OAI, ne pouvaient qu'infirmier la position de l'intimé, de sorte qu'une expertise psychiatrique indépendante devait être ordonnée.

19. Dans sa détermination du 22 juillet 2010, l'intimé a confirmé sa position et a exposé qu'il était manifeste que le médecin traitant du recourant, en la personne de la Dresse M\_\_\_\_\_, montrait une certaine empathie vis-à-vis de son patient. En particulier, outre son rôle de soignant, elle avait indiqué servir parfois de médiatrice entre l'intéressé et son assistante sociale, de sorte que ses rapports devaient être appréhendés au regard du lien particulier qui unit patient et médecin traitant et une valeur probante moindre - parti étant naturellement pris pour son patient - devait être retenue. Il en allait de même des rapports du Dr P\_\_\_\_\_. Au contraire, le rapport psychiatrique du SMR avait pleine valeur probante tant sur son aspect objectif que subjectif; l'anamnèse et les examens médicaux étaient complets, l'intégralité du dossier médical du recourant avait été examiné en détail - y compris les avis de ses médecins traitants - ses plaintes avaient été entendues et les conclusions étaient motivées et cohérentes. Ainsi, l'intimé ne voyait pas en quoi la mise sur pied d'une nouvelle expertise était nécessaire et concluait au rejet du recours.
20. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties du 22 septembre 2010, le recourant a exposé, s'agissant de sa situation professionnelle, qu'à son arrivée en Suisse, il avait travaillé - dès 1983 - pour l'entreprise X\_\_\_\_\_, à plein temps, comme manœuvre, pendant un an. Il avait par la suite travaillé dans un restaurant à plein temps pendant sept à huit ans, jusqu'en 1995. À la suite de cela, il avait été deux ans au chômage et n'avait pas retrouvé de travail. Après avoir épuisé son droit aux indemnités de chômage, il avait été assisté par l'Hospice général et avait finalement travaillé auprès de la Fondation Foyer Handicap en 2004, pendant un an, alors qu'il se trouvait dans une situation précaire. Il était au bénéfice d'un contrat de durée déterminée à temps complet et y faisait de la broderie. Sa rémunération horaire était de 2 fr. pour un salaire mensuel de 400 fr. Le reste de ses revenus était versé par l'Hospice général. S'agissant de son état de santé, il confirmait souffrir de problèmes d'audition qui lui posaient des problèmes dans les contacts avec les gens; il était devenu sourd à l'âge de 17 - 18 ans, suite à une maladie durant son enfance dont il ne connaissait pas l'origine exacte.

L'intimé a persisté dans ses conclusions et a précisé ne pas avoir d'objection à ce que le TCAS mandate l'Institut de médecine légale, pour expertise.

21. Le 14 décembre 2010, le TCAS a ordonné une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique et somatique. Il a nommé à cette fin les Drs . spécialiste FMH en

psychiatrie et psychothérapie et T\_\_\_\_\_, médecin adjointe, agrégée, service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG.

22. Le 14 avril 2011, les Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport d'expertise, sous la supervision du Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint agrégé.

Au titre du diagnostic ORL, ils ont établi que le patient - âgé de 47 ans, arrivé en Suisse à l'âge de 19 ans - souffrait d'une surdité bilatérale de perception sévère apparue durant son enfance suite à l'éclat d'une bombe. Ce handicap était bien géré par un appareillage permettant la communication; l'expertisé pouvait comprendre sans lecture labiale et pouvait répondre au téléphone, de même que comprendre et répondre adéquatement à toutes les questions posées. Sa surdité représentait ainsi une atteinte de 91% à droite et 90 % à gauche, ce qui correspondait à une atteinte à l'intégrité de 70%.

Au titre du diagnostic psychiatrique, il n'y avait pas lieu de retenir une symptomatologie psychiatrique évolutive, dépressive ou psychotique entre autres. Il n'y avait pas non plus d'éléments en faveur d'un trouble de la personnalité schizo ide (F 60.1), tout au plus de quelques traits de personnalité de ce type qui étaient à relativiser en tenant compte du contexte. Les éléments culturels devaient notamment être pris en compte, le patient ayant vécu de longues années de difficultés administratives et sociales le pénalisant sur la voie de son intégration; son handicap auditif avait par ailleurs pu entretenir une perception altérée et un vécu persécutoire de sa situation sociale.

S'agissant plus particulièrement de la capacité de travail, les experts concluaient, sur le plan psychiatrique, que l'assuré ne présentait pas de maladie psychiatrique ayant une répercussion sur sa capacité de travail, bien que des éléments constitutifs d'une modification durable de la personnalité, sans précision (F 62.9)  taient à retenir. La capacité de travail globale pouvait donc être estimée à 100%. Sur le plan auditif, l'activité susceptible de lui être proposée devait se situer dans un cadre peu bruyant pour le bon fonctionnement de ses prothèses acoustiques. La capacité de travail dans ces conditions était estimée à 100% également.

Tenant compte de l'âge de l'expertisé, de son absence de qualification professionnelle, de sa d insertion du milieu du travail depuis plusieurs années, de ses difficultés à investir et à entreprendre, de sa restriction auditive, les experts considéraient qu'il n'y avait donc pas d'incapacité de travail. Il fallait mettre en place des mesures de prise en charge psychosociale s'appuyant sur le "second marché de l'emploi" pour des postes partiellement subventionnés par l'Etat auprès du secteur public ou associatif, sans qu'une réadaptation professionnelle ne s'impos t. Si elle était néanmoins décidée, elle aurait des chances de succès dans la mesure où l'expertisé ne présentait pas de déficits intellectuels ou auditifs majeurs.

23. Dans ses conclusions après expertise du 10 mai 2011, l'intimé a confirmé sa position, considérant qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé invalidante. À l'appui de son écriture, l'OAI se référait aux conclusions de l'expertise ainsi qu'à un avis du SMR du 4 mai 2011 selon lequel une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée était retenue.
24. Le 1<sup>er</sup> juin 2011, le recourant a constaté que les conclusions du rapport d'expertise du 14 avril 2011 présentaient une divergence incompréhensible par rapport aux avis médicaux de ses médecins traitants, de sorte qu'il se justifiait de les entendre, de même que les experts à l'origine dudit rapport.
25. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit

s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. En l'espèce, les faits déterminants sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008. Il convient par conséquent d'appliquer ces dispositions légales, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).
4. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). A teneur de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

En l'occurrence, la décision litigieuse qui date du 25 mai 2010 a été notifiée le 27 mai 2010, et le recours a été interjeté le 28 juin 2010. Le délai de recours a commencé à courir le lendemain de sa notification, le 28 mai 2010, et est parvenu à échéance le 28 juin 2010.

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure susceptible d'influencer le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente.
6. Lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le

juge doit en principe respecter. Aussi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108, consid 2b, p. 114).

Quand, au contraire, elle entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à al rente (ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue.

7. En l'occurrence, le recourant, en versant de nombreux certificats médicaux établis par ses médecins traitants, a fait état d'une modification de son état de santé, notamment sur le plan psychiatrique, qui a justifié l'examen par l'intimé de sa nouvelle demande de prestations, par rapport à celle de 2003. Il ressort en effet desdits rapports, qu'en sus de sa surdité, il a développé un trouble de la personnalité schizoïde. Il s'agit dès lors de déterminer si le recourant présente effectivement une modification de son état de santé suffisamment incapacitante pour ouvrir le droit à une rente.
8. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

9. 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).

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de

l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

10. 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 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de

la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire. Dans leur rapport, les Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ relèvent que le recourant souffre d'une surdité bilatérale de perception sévère apparue durant son enfance. Sa surdité représente ainsi une atteinte de 91% à droite et 90 % à gauche, ce qui correspond à une atteinte à l'intégrité de 70%. Néanmoins, ce handicap est bien géré par un appareillage permettant la communication, de sorte que dans une activité adaptée - notamment dans un cadre peu bruyant - la capacité de travail reste de 100%.

Sur le plan psychiatrique, les experts considèrent qu'il n'y a pas lieu de retenir une symptomatologie psychiatrique évolutive, dépressive ou psychotique. Il n'y a pas non plus d'éléments en faveur d'un trouble de la personnalité schizoïde (F 60.1), tout au plus de quelques traits de personnalité de ce type qui sont à relativiser en tenant compte du contexte. Les experts concluent ainsi que l'assuré ne présente pas de maladie psychiatrique ayant une répercussion sur sa capacité de travail, bien que des éléments constitutifs d'une modification durable de la personnalité, sans précision (F 62.9) sont à retenir. La capacité de travail globale est ainsi de 100% selon les experts.

12. Font également partie du dossier les différents rapports des médecins traitants du recourant qui établissent que l'intéressé souffre d'une hypoacousie bilatérale, depuis l'enfance et, depuis une dizaine d'années, de troubles psychologiques. Ils estiment ainsi, dès février 2009, que seule une activité en milieu protégé à 40-50% est indiquée pour limiter la désocialisation et pour tenir compte des limitations fonctionnelles existantes.

Si les praticiens consultés par le recourant font état de limitations fonctionnelles importantes, ils ne précisent pas la teneur desdites limitations et ne mentionnent pas d'éléments objectifs ayant des répercussions sur la capacité de travail. De même, aucun diagnostic précis n'est retenu, de sorte que leurs appréciations n'emportent pas la conviction de la Cour, au degré de la vraisemblance prépondérante. Ils évoquent d'ailleurs avant tout des éléments socioculturels, qui justifieraient l'incapacité de travail, éléments cependant irrelevants en droit de l'assurance-invalidité.

En effet, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin

spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

13. En ce qui concerne la valeur probante de l'expertise, il sied au contraire de relever qu'après un résumé médical du dossier, les experts ont procédé à une anamnèse détaillée du cas, aussi bien sur le plan social que professionnel et familial et ont pris en compte les antécédents personnels. L'expertise fait état des plaintes actuelles de l'expertisé tant subjectives qu'objectives. S'agissant de l'état de santé objectif, les experts décrivent le status psychiatrique et ORL. Examinant les atteintes à la santé dont souffre le recourant, les Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ posent des diagnostics clairs et répondent de façon précise aux questions posées, aussi bien sur les limitations fonctionnelles que sur la capacité de travail du recourant.

Force est de constater que le rapport d'expertise a fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux, qu'il se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par la personne examinée. Le rapport est établi en pleine connaissance de l'anamnèse, les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées. Cette expertise, convaincante et dépourvue de toute contradiction, répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Elle est par ailleurs confirmée par les différents avis médicaux des SMR. La Cour de céans se ralliera par conséquent aux conclusions de l'expertise et admet que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Le recourant n'amène d'ailleurs aucun argument sérieux qui pourrait mettre en cause la valeur probante de l'expertise. Il se contente de demander l'audition de ses médecins traitants et des experts, considérant que les conclusions du rapport d'expertise présentent des divergences pour le moins incompréhensibles en comparaison des avis médicaux exprimés par les médecins traitants, sans préciser lesquelles. Or, de l'avis de la Cour, l'audition des praticiens ne lui serait d'aucun secours, l'expertise ne laissant aucune place au doute.

14. Eu égard à ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.
15. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 5 10.03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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