

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2382/2006

ATAS/960/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 22 septembre 2010**

En la cause

Monsieur E \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Joanna BURGISSER-  
BUECHE

recourant

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Monsieur à E\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1972, originaire de Turquie, ayant acquis la nationalité suisse en décembre 2005, a obtenu, le 10 septembre 1991, un diplôme du lycée après avoir réussi les examens de la branche « Sciences ». Le 19 octobre 1991, il a été victime d'une fusillade lors d'une manifestation pro-kurde en Turquie. Ses blessures ont entraîné diverses opérations puis l'amputation du tiers proximal du fémur droit, le 28 octobre 1991. Il a ensuite été emprisonné et torturé. Libéré, il a travaillé de 1992 à 1994 en Turquie en qualité d'opérateur informatique, après avoir interrompu le début de ses études universitaires en sciences économiques, suite à l'agression subie. Il a ensuite vécu en Allemagne dès 1995, puis en Suisse dès le 2 septembre 1997 et a épousé une Suisseuse, le 26 mars 1997, à Carouge.
2. En date du 18 décembre 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), sollicitant une orientation professionnelle, l'octroi de moyens auxiliaires ainsi qu'une rente. Dans le cadre de l'instruction de la demande, cet office a rassemblé diverses attestations médicales.
3. Dans un rapport du 8 avril 1998, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, a diagnostiqué un status après huit balles dans le corps, dont quatre dans l'abdomen et quatre dans la jambe droite, avec amputation au tiers proximal du fémur droit. L'assuré connaissait d'importantes douleurs fantômes du membre inférieur droit ainsi que des problèmes psychologiques dus au traumatisme subi. Il présentait une incapacité totale de travail depuis le 4 janvier 1997. L'assuré souhaitait apprendre correctement le français et suivre des cours de formation professionnelle dans la mesure où il avait suivi des cours jusqu'en deuxième année à l'Université en Turquie en tant qu'analyste-programmeur. Le Dr L\_\_\_\_\_ a également transmis deux attestations. L'une établie le 12 décembre 1997 par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, qui a diagnostiqué une perforation tympanique droite secondaire à de nombreuses otites dans l'enfance, pour laquelle était préconisée une tympanoplastie. L'autre du 17 décembre 1997 rédigée par le Dr N\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste, qui a diagnostiqué un syndrome rotulien douloureux sur chondromalacie rotulienne à gauche.
4. Par décision du 16 octobre 1998, l'OAI a refusé à l'assuré toutes prestations de l'assurance-invalidité au motif que la survenance de l'invalidité datait de 1991 ou de 1992, soit à une époque où l'assuré n'était pas domicilié en Suisse et où il n'avait pas la qualité d'assuré.
5. Par courrier du 17 novembre 1998, l'assuré a interjeté un recours contre cette décision, puis l'a retiré en date du 21 janvier 1999.

6. Par décision du 18 janvier 2000, l'Office fédéral des réfugiés a accordé l'asile politique à l'assuré et lui a reconnu la qualité de réfugié dans la mesure où il avait déjà obtenu l'asile en Allemagne et où il résidait régulièrement en Suisse depuis le 2 septembre 1997.
7. En date du 25 juillet 2001, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, sollicitant une mesure de placement ainsi que l'octroi de moyens auxiliaires sous la forme d'une prothèse.
8. Dans un rapport du 24 septembre 2001, le Dr L\_\_\_\_\_ a rappelé ses précédents diagnostics, tout en relevant l'existence de lombalgies sur discopathies L5-S1, dues surtout à la mauvaise posture de l'assuré (prothèse mal adaptée). L'état de santé du patient s'était aggravé depuis 1999 et le pronostic était défavorable. L'incapacité de travail demeurait totale. Puis, dans un rapport du 2 avril 2002, il a précisé que si l'activité exercée auparavant par l'assuré, de journaliste et d'informaticien, était encore exigible, il y avait néanmoins une diminution du rendement. L'assuré pouvait demeurer en position assise 3 à 4 heures par jour, mais ne pouvait pas rester debout. Il présentait en outre de sérieux problèmes avec sa prothèse qui avait vieilli et qui devait être réadaptée ou renouvelée.
9. Par décision du 14 novembre 2002, l'OAI a refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel puisque l'assuré était déjà invalide lors de son arrivée en Suisse, en septembre 1997.
10. Par courrier du 11 décembre 2002, l'assuré a sollicité la « reconsidération » de cette décision, soulignant que l'OAI devait déterminer son taux d'invalidité afin qu'il puisse bénéficier des prestations complémentaires à l'assurance-invalidité.
11. Par courrier du 16 décembre 2002, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, alors compétente, concluant principalement à ce qu'il lui soit reconnu un degré d'invalidité de 100 % et, subsidiairement, de 50 %. En date du 1<sup>er</sup> août 2003, la cause a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, devenu compétent.
12. Par décision du 18 décembre 2003, l'OAI a refusé au recourant l'octroi de moyens auxiliaires, au motif que la prothèse demandée était déjà objectivement requise avant l'entrée en Suisse.
13. Dans un arrêt du 20 octobre 2004 (ATAS/826/2004), le Tribunal de céans a admis partiellement le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour nouvelle décision après mesures d'instruction, afin que celui-ci détermine la date de la survenance de l'invalidité, le degré d'invalidité et l'éventuel droit du recourant à une rente.

14. Le 21 janvier 2005, en réponse à la demande d'éclaircissement de l'OAI du 21 janvier 2005 concernant son parcours professionnel et de données médicales remontant aux faits, le recourant a précisé qu'à la suite de l'amputation du 28 octobre 1991, il avait été mis en prison, torturé et privé de traitement médical. Il avait été victime d'une grave dépression à la suite de l'amputation et d'un épuisement provoqué par le traitement inhumain subi en prison, mais des amis lui avaient offert un poste d'opérateur informatique à Istanbul à titre occupationnel et sans rémunération. En 1994, il avait quitté la Turquie pour se rendre en Allemagne, pays dans lequel il avait séjourné pendant trois ans et n'avait eu aucune activité lucrative en raison de son état de santé. Depuis son arrivée en Suisse, il n'avait pas été en mesure d'exercer une activité lucrative toujours pour les mêmes raisons. Il a également joint à son courrier un curriculum vitae et rapport du service des urgences de la faculté de médecine d'Istanbul daté du 20 novembre 1991.
15. Dans un rapport du 13 avril 2005, le Dr L \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique depuis 1991, une amputation du tiers proximal du fémur droit, des lombalgies chroniques sur discopathies L5-S1, une dépression nerveuse réactionnelle, une gastrite chronique, une perforation tympanique droite et un glaucome. L'incapacité de travail avait été totale du 16 au 26 mars 2001, du 30 au 31 mars 2001, puis à 50 % du 31 mai 2001 au 3 juin 2002. Selon le patient, il aurait été hospitalisé pour une décompensation psychiatrique durant son séjour en Allemagne. Il pouvait tenir la position assise pendant quatre heures par jour, la position debout pendant 30 minutes et la même position pendant trois à quatre heures. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et il existait une diminution de rendement pour des motifs psychiatriques.
16. Dans un rapport du 25 mai 2005, la Dresse O \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère sans symptômes psychotiques, ainsi qu'une phobie simple (claustrophobie), tous présents depuis 1991. Le patient était assez souvent en proie à des flashbacks ainsi qu'à des cauchemars répétitifs et il présentait une humeur triste. Il nécessitait une longue psychothérapie qui était le seul moyen pouvant l'aider à améliorer son état de santé et qui était menée à raison d'une séance toutes les deux semaines dans sa langue maternelle, accompagnée d'une médication antidépressive et anxiolytique. L'incapacité de travail était totale pour toute activité et le pronostic réservé.
17. En date du 23 août 2005, l'assuré a été soumis à un examen clinique bidisciplinaire auprès du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), conduit par les Dresses P \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine et rééducation, et Q \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Ces médecins ont diagnostiqué un status post-amputation de la jambe droite au-dessous du genou en 1991, suite à une lésion des vaisseaux poplitéens par balles, avec douleurs résiduelles au niveau du moignon, des gonalgies gauches dans le cadre d'un léger genu varum, un status post-rupture

ancienne du ligament croisé antérieur et un début de condroarthrose au niveau du plateau tibial interne. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : personnalité avec traits manipulateurs, douleurs au niveau de la cheville gauche sans lésion objective, rachialgies communes dans le cadre d'un trouble statique, dysbalance musculaire et amplification des symptômes. Ces médecins ont formulé les remarques suivantes : "En résumé, ce jeune assuré amputé de sa jambe droite présente des signes de surcharge rachidienne et de la jambe gauche objectivement minimales ne justifiant en aucun cas une incapacité de travail dans une activité adaptée. Force est de constater qu'il y a une grande discordance entre le handicap allégué et les données objectives. L'assuré a adopté une stratégie d'évitement et ne fait plus aucune activité physique, surtout pas d'exercice pour le renforcement de ses jambes et du tronc, ce qui l'a amené dans une situation de déconditionnement. En l'absence d'autre trouble, on peut cependant exiger qu'il mobilise ses ressources pour y remédier, c'est-à-dire entreprendre des mesures de réentraînement global, surtout de la musculature rachidienne et de la cuisse, susceptibles d'améliorer la tolérance à l'effort. (...) L'appréciation psychiatrique (...) met en évidence un individu irrespectueux des règles de base de la politesse qui ne montre aucune collaboration lors de l'entretien. La cohérence des propos est telle qu'aucun élément n'est crédible. L'assuré se contredit à mesure de son discours, ne répond jamais aux questions qui lui sont posées et adopte une attitude méprisante et hétéro-agressive vis-à-vis de son interlocuteur. Dans un contexte d'absence d'éléments psychotiques (l'incohérence de ses propos ne sont [sic] clairement pas le fruit de phénomènes hallucinatoires ou délirants), [d']absence d'éléments dépressifs (les critères objectifs ne montrent aucun signe de dépression), [d']absence d'éléments évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique ni d'une modification de la personnalité faisant suite à une expérience de catastrophe, on se doit de conclure que cet assuré ne souffre d'aucune maladie psychiatrique qui pourrait porter atteinte à sa capacité de travail. Il ne s'agit pas d'un homme qui ne peut pas, mais d'un homme qui veut ne pas pouvoir. Il reste volontairement cloîtré dans son appartement, laissant son entourage s'occuper de toutes les tâches auxquelles il pourrait participer". S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expertisé devait éviter une station debout prolongée, la montée et la descente d'escaliers. Le périmètre de déplacement était limité et le port de charges également limité à 10 kilos occasionnellement. Dans l'activité habituelle de journaliste ou d'informaticien, la capacité de travail était entière, ainsi que pour toute autre activité adaptée.

18. Par décision du 7 novembre 2005, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une prothèse de la jambe, au motif qu'il ne remplissait pas les conditions d'assurance au moment où il avait eu besoin objectivement d'une prothèse, soit dès octobre 1991.
19. Par décision du 7 novembre également, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré, au motif qu'il ne souffrait d'aucune atteinte à la santé mentale susceptible d'influencer sa capacité de travail et que son atteinte à la santé physique ne justifiait

aucune incapacité de travail dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, telle la profession d'opérateur en informatique.

20. Par courrier du 6 décembre 2005, l'assuré a formé opposition à ces décisions, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une prothèse et à l'octroi d'une rente extraordinaire entière d'invalidité. Il a fait valoir qu'il s'agissait dans son cas de comparer la situation économique précédant et suivant la date de la survenance d'invalidité, en l'occurrence le 19 octobre 1991, époque à laquelle il était étudiant à l'université et n'exerçait aucune activité lucrative. Or, l'OAI s'était limité à comparer la situation économique telle qu'elle se présentait au moment de la survenance de l'invalidité en Turquie avec celle existant lors de la demande de prestations après son arrivée en Suisse. Cependant, son invalidité devait être analysée sous l'angle de l'art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20), qui stipulait que l'invalidité des assurés âgés de moins de 20 ans n'exerçant pas d'activité lucrative était déterminée selon l'art. 8 al. 2 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1). En effet, au bénéfice du statut de réfugié, il devait être traité de la même façon qu'un étudiant suisse, qui suite à un accident devient invalide à l'âge de 19 ans. Il a par ailleurs précisé qu'actuellement, l'on ne pouvait exiger qu'il exerçât une activité lucrative en raison de son état de santé tant physique que psychique et il avait, par conséquent, droit à l'octroi d'une rente extraordinaire, ayant été domicilié en Suisse depuis le 2 septembre 1997. S'agissant de l'octroi d'une prothèse, il en avait besoin afin de pouvoir trouver un jour un emploi. Enfin, il a transmis une attestation de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2005, dans laquelle elle a réitéré son diagnostic de troubles psychiatriques sévères invalidants traités médicamenteusement. Elle a, pour le surplus, exposé que l'assuré avait vécu l'examen du SMR comme l'expression d'une reviviscence des séances de tortures qu'il avait subies, ce qui expliquait son attitude lors de ladite expertise.
21. Par courrier du 20 janvier 2006, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait obtenu, le 28 décembre 2005, la naturalisation facilitée suisse. Dès lors, dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité, il avait droit aux prestations en vertu de l'art. 6 al. 1 LAI.
22. Par décision du 4 mai 2006, l'OAI a partiellement admis l'opposition de l'assuré s'agissant de la demande de prothèse. En effet, à partir du 28 décembre 2005, date de l'acquisition de la nationalité suisse, il pouvait prétendre à l'octroi de moyens auxiliaires, aussi longtemps que la condition posée par l'art. 22 quater du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) restait remplie. L'assuré devait dès lors déposer une demande formelle pour l'octroi de moyens auxiliaires dès cette date, auprès de l'OAI.
23. Par décision du 24 mai 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré s'agissant de sa demande de rente, confirmant qu'il ne remplissait pas les conditions de

l'art. 8 LPGA pour la reconnaissance d'une invalidité. Cet office s'est référé à l'examen bidisciplinaire du SMR, dont les conclusions étaient, selon lui, convaincantes et a considéré que le rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_ n'était pas de nature à remettre en cause cette expertise. Une incapacité de travail avait certainement été engendrée par l'événement du mois d'octobre 1991, mais celle-ci n'avait été que de durée limitée et s'était terminée, avec un haut degré de vraisemblance prépondérante, bien avant l'arrivée en Suisse de l'assuré. Dans la mesure où celui-ci avait recouvré une capacité de travail entière dans toute activité, il se justifiait de nier l'existence d'un lien de causalité entre l'absence d'activité lucrative actuelle et l'atteinte à la santé subie en 1991. Ainsi, ce n'était pas des raisons de santé qui avaient empêché l'assuré, au terme de son incapacité de travail temporaire, de reprendre et d'acquérir la formation qu'il projetait dès 1991.

24. Par courrier du 12 juin 2006, l'assuré a demandé à l'OAI de considérer les remarques contenues en pages 6 et 7 de son opposition du 6 décembre 2005 comme une demande formelle de renouvellement de ses moyens auxiliaires.
25. Par courrier du 29 juin 2006, l'assuré a recouru contre la décision du 24 mai 2006 auprès du Tribunal de céans, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale psychique ainsi que somatique, et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens. Il fait valoir qu'ayant acquis la nationalité suisse le 28 décembre 2005, son droit à une rente extraordinaire s'ouvre, a priori, dès cette date, compte tenu de son domicile en Suisse depuis plus de 5 ans. Par ailleurs, il observe plusieurs contradictions contenues dans le rapport du SMR ainsi que le manque d'objectivité et d'impartialité des médecins qui l'ont examiné. Il était surprenant que ces experts n'aient pas fait le lien entre son vécu traumatique et l'attitude qu'il avait adoptée pendant l'examen. A cet égard, l'attestation de sa psychiatre traitante précise et motivée devait être prise en considération dans l'évaluation de son invalidité. Le recourant relève par ailleurs l'existence d'un lien de causalité entre l'événement dont il a été victime en 1991 et son incapacité totale de travail. Enfin, il souligne l'incohérence de l'OAI, qui, dans sa décision litigieuse, a fait valoir qu'il était déjà invalide lors de son arrivée en Suisse le 2 septembre 1997, alors que dans sa réponse au recours, il a mentionné que l'assuré possédait une capacité de travail entière.
26. Dans sa réponse du 5 juillet 2006, l'intimé, concluant au rejet du recours, s'est référé à l'examen du SMR.
27. Dans sa réplique du 31 juillet 2006, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions.
28. Par ordonnance du 16 avril 2007, le Tribunal de céans a mandaté les Drs R\_\_\_\_\_, psychiatre aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) et S\_\_\_\_\_ de la Consultation pour victimes de tortures et de guerre

des HUG aux fins d'examiner le recourant et de déterminer notamment sa capacité de travail par expertise bidisciplinaire.

29. Dans son rapport d'expertise du 7 septembre 2009, le Dr S\_\_\_\_\_ a précisé être médecin généraliste ayant vingt ans d'expérience dans le domaine de l'aide aux victimes de tortures. Il était ainsi responsable d'une consultation spécialisée dans les soins aux victimes de tortures et de guerre aux HUG. L'expert avait reçu l'assuré à quatre reprises. Il a fait une anamnèse détaillée, relatant précisément ce que l'expertisé lui avait exposé, à savoir ses blessures par balles, son emprisonnement, et les tortures qu'il avait maintes fois subies dans les prisons turques. L'expert a diagnostiqué un état de stress post-traumatique, voire une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, un status post-blessure par balles à l'abdomen et à la jambe droite avec amputation de la jambe droite en 1991, une lésion du genou gauche avec rupture des ligaments croisés antérieurs, une chondropathie du plateau tibial, des lombalgies chroniques sur troubles statiques, une surcharge et discopathie L1-S1, une lésion de la cheville gauche, des cervicalgies chroniques, un status post-tympanoplastie droite, une gastrite chronique et un glaucome. Sur le plan somatique, l'assuré se plaignait de douleurs de l'appareil locomoteur, à savoir douleurs fantômes de sa jambe droite, douleurs au niveau de l'aîne et du moignon de cette jambe en raison d'une prothèse mal adaptée, douleurs du genou gauche et du rachis lombaire, douleurs cervicales avec céphalées fréquentes, douleurs au niveau des blessures de l'abdomen. Sur le plan psychologique, l'expertisé s'était montré méfiant dans un premier temps, voire presque quérulent, puis devant les connaissances de l'expert sur les conditions de la répression en Turquie dans les années 1980, il avait adhéré à la démarche nécessaire à l'expertise. Il décrivait la persistance de réminiscences et se plaignait de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, cauchemars, accès d'angoisses nocturnes avec palpitation et dyspnée), de troubles de l'attention (oublis fréquents, difficultés de concentration). Il présentait un ensemble de lésions somatiques, de troubles psychologiques et de difficultés psychosociales constituant un tableau clinique classiquement retrouvé chez les victimes de torture. Sur le plan somatique, la gravité de la lésion de la jambe droite avait probablement masqué les autres lésions somatiques qui pouvaient être liées aux violences subies pendant les interrogatoires (la rupture tympanique, les céphalées chroniques, les cervicalgies, les douleurs de la ceinture scapulaire étaient notamment compatibles avec des séquelles de coups à la tête). Sur le plan psychologique, une méfiance pathologique et des tendances paranoïdes étaient classiquement retrouvées en association à un état de stress post-traumatique ou autres désordres psychiatriques. Les difficultés de l'acculturation, le sentiment de non reconnaissance des souffrances endurées, le sentiment d'exclusion et l'incommunicabilité, les difficultés avec toute autorité, perçue comme le retour du persécuteur, constituaient autant de facteurs aggravant le pronostic. Ces troubles pouvaient se manifester par une grande difficulté de collaboration, voire par des comportements hétéro-agressifs et quérulents. Ils

constituaient un lourd handicap social provoquant un retrait social important et des difficultés relationnelles majeures. L'expert a souligné que ce tableau clinique était quasiment pathognomonique des séquelles de tortures. Il lui semblait que l'évaluation du degré d'invalidité du recourant devait intégrer ces différents aspects et prendre en compte leur interaction. L'assuré paraissait incapable d'assumer ses activités professionnelles en raison des problèmes somatiques autant que psychologiques. Il présentait donc actuellement un taux d'invalidité de 100 %. Enfin, dans le contexte actuel, faute d'une prise en charge adéquate, l'état de santé du recourant ne pouvait que continuer à se dégrader. Un traitement de réhabilitation, intégrant le traitement somatique, une psychothérapie active et un soutien psychosocial étroit, pourrait améliorer le pronostic. Cependant, l'instauration d'un tel traitement nécessitait, au préalable, une forme de reconnaissance.

30. Dans son rapport d'expertise du 10 novembre 2009, le Dr T\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique actuel moyen. Selon l'expertisé, plus que le handicap physique, le handicap psychologique l'empêchait d'intégrer une activité professionnelle. L'assuré présentait des flash-back sous forme de reviviscence des scènes de l'attaque puis de l'hôpital ainsi que des symptômes d'évitement psychique en lien avec certains événements lui rappelant son traumatisme. Ce comportement d'évitement le mettait dans une attitude de rupture avec la société. L'assuré ne présentait cependant pas de symptômes suffisamment importants pour être un danger pour lui-même et/ou pour la société. Ces troubles psychiques avaient valeur de maladie en tant que telle. Les limites psychiques n'étaient pas déterminantes à moyen terme. L'expertisé pouvait exercer une activité lucrative à condition de mettre en place un traitement. En raison de ses limitations physiques, il pourrait exercer des activités de bureau à 100%. Il ne présentait pas de limitation psychique de manière définitive mais un trouble psychique qui l'empêchait de fonctionner socio-professionnellement tant qu'un traitement n'était pas instauré. Cet état n'était pas définitif. Le recourant ne montrait pas de volonté pour une activité résiduelle. Il présentait une accumulation de fatigue en lien avec une histoire traumatique. Une fois aidé par une rente, la question d'une activité exigible pouvait se poser, mais l'impact ne pouvait être décrit avec certitude à ce stade. L'état de santé évalué lors des trois entretiens n'était pas superposable, même en partie, avec les observations faites lors de l'examen du SMR du 23 août 2005. L'expert n'avait pas observé de comportement voulant feindre une maladie psychique chez le recourant. L'assuré présentait un état de stress post-traumatique sans la présence, au moment des séances de l'expertise, de trouble dépressif, ce qui ne remettait pas en cause un diagnostic de trouble dépressif posé lors d'une précédente évaluation.
31. Dans ses observations du 21 décembre 2009, le recourant a souligné que le diagnostic posé tant par le Dr T\_\_\_\_\_ que par le Dr S\_\_\_\_\_, soit un état de stress post-traumatique, réduisait à néant la crédibilité de l'avis

---

bidisciplinaire du SMR d'août 2005. Selon le recourant, l'expert psychiatre avait indiqué qu'il ne pouvait fonctionner socio-professionnellement tant qu'un traitement n'était pas instauré, ce qui signifiait qu'il présentait une incapacité totale de travail. Par ailleurs, il informait le Tribunal qu'il avait été victime de deux accidents entraînant une fracture du col du fémur en avril 2007 et une rupture de l'articulation sacro-coccygienne en juillet 2009. Ces accidents impliquaient de nouvelles douleurs somatiques qui s'ajoutaient à celles liées aux violences subies. En conclusion, le recourant a relevé que les deux experts préconisaient l'octroi d'une rente entière pour pouvoir envisager un traitement de réhabilitation, intégrant le traitement somatique, une psychothérapie active et un soutien psychosocial. Il persistait par conséquent dans ses conclusions, sollicitant une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens.

32. Dans ses observations du 22 décembre 2009, l'OAI s'est référé à un avis du Dr U\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2009, spécialiste en médecine interne FMH et médecin du SMR. Ce dernier avait relevé des erreurs de codage des diagnostics par rapport à la CIM-10. Il s'était également étonné que le Dr S\_\_\_\_\_ pose des diagnostics psychiatriques alors qu'il n'était pas psychiatre. Enfin il n'apparaissait pas dans les deux expertises que les experts se soient concertés, ce qui ne respectait pas la mission d'expertise. Pour toutes ces raisons, le SMR a confirmé les termes de son rapport de 2005.
33. Par courrier du 25 mars 2010, le Tribunal de céans a questionné les Drs T\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, notamment afin de connaître la date de la survenance de l'invalidité, question à laquelle ils n'avaient pas répondu. Il a également demandé que les experts se concertent pour poser les diagnostics.
34. Sur demande du Tribunal de céans, l'Office fédéral des migrations a confirmé, par courrier du 5 mai 2010, que l'assuré avait obtenu le second asile politique en date du 18 janvier 2000.
35. Dans leur complément d'expertise du 17 mai 2010, les Drs T\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ont confirmé tant les diagnostics qu'ils avaient déjà posés individuellement, à l'exception de la modification durable de la personnalité avec expérience de catastrophe qu'ils n'ont plus retenue, que leurs conclusions respectives s'agissant de l'incapacité de travail et les limitations fonctionnelles qu'ils avaient mises en évidence. Ils ont précisé que lesdites limitations fonctionnelles entraînées par les atteintes somatiques consistaient en une capacité de déplacement limitée, un maintien de la station debout limitée et une position assise douloureuse. Quant à la survenance de l'incapacité de travail, ils l'ont fait remonter à 1991, date des blessures par balles et des interventions chirurgicales, notamment de l'amputation. Ils ont précisé que, faute d'un traitement de réhabilitation, l'état de santé physique et mentale du recourant avait continué à se détériorer. S'agissant plus particulièrement de la survenance de l'incapacité de

travail consécutive aux atteintes psychiques, ils ont conclu qu'elle découlait de l'attentat survenu en Turquie, puis de l'obligation de fuir ce pays, de sorte qu'elle datait de 1991. Sa fuite depuis 1995 était un facteur contributif à cette incapacité.

36. Dans son écriture du 2 juin 2010, le recourant a relevé que, selon le complément d'expertise, ses troubles psychiques le rendaient à eux seuls incapable de travailler à 100%. Parmi tous les médecins qui l'avaient examiné, seul celui du SMR ne concluait pas à l'existence d'un état de stress post-traumatique, ce qui établissait le manque de crédibilité de l'expertise bidisciplinaire du SMR, hormis ses irrégularités formelles. Le complément d'expertise permettait également de constater que ses troubles somatiques entraînaient à eux seuls une incapacité de travail à 100% et que ses limitations fonctionnelles étaient telles que même un travail de bureau serait impossible en raison de sa capacité de déplacement limitée et des douleurs engendrées par une position assise. Il a persisté dans ses conclusions principales tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100%, sous suite de dépens.
37. Dans son écriture du 3 juin 2010, l'OAI s'est référé à l'avis du 31 mai 2010 établi par le Dr U\_\_\_\_\_. Il en découlait que le complément d'expertise ne permettait pas d'accorder une pleine valeur probante au rapport des experts. Il a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes. Selon l'avis du Dr U\_\_\_\_\_ joint à cette écriture, les particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale jouaient un rôle dans l'affection actuelle en l'influençant grandement alors que ces éléments n'étaient pas reconnus comme étant pris en compte par l'assurance-invalidité, notamment les problèmes de langue. Ledit médecin a observé que les deux rapports d'expertise et le complément d'expertise n'avaient pas mentionné les deux accidents ayant eu lieu en 2007 et 2009 de sorte qu'ils devaient être considérés comme incomplets. En outre, il lui semblait important que le Tribunal cantonal des assurances sociales prenne les mesures nécessaires pour être conseillé quant à un changement de la capacité de travail sur le plan somatique, voire psychiatrique. Par conséquent il se tenait à la disposition dudit Tribunal pour examiner les pièces, voire les éléments d'instruction complémentaires qu'il ordonnerait pour établir une aggravation depuis 1991 et le caractère durable de l'incapacité de travail. Au vu de la date de la survenance de l'invalidité établie par les experts, la capacité de travail fixée auparavant restait valable au moins jusqu'en 2007, date de la fracture du col du fémur. Elle devait être réévaluée à partir de cette date car les réponses des deux experts ne permettaient pas d'aller plus loin. Dans la mesure où le SMR avait déjà pratiqué un examen bidisciplinaire, il se tenait à disposition du Tribunal pour réorganiser un tel examen, ce qui permettrait de se faire une bonne idée de l'évolution.
38. Le 7 juin 2010, le Tribunal de céans a communiqué ces écritures à chacune des parties adverses et les a informées que la cause était gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Dans son ordonnance d'expertise du 16 avril 2007, le Tribunal de céans a déjà statué sur sa compétence, la recevabilité du recours, le droit applicable de sorte qu'il n'est pas besoin de revenir sur ces points.
2. Etant donné que, par décision du 16 octobre 1998, l'intimé a nié le droit aux prestations en raison du défaut des conditions d'assurance, il y a lieu de considérer la nouvelle demande du recourant comme une demande de révision. Par conséquent, le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité au regard d'une décision initiale de refus de prestations entrée en force, plus particulièrement sur la date de la survenance de l'invalidité et sur la réalisation des conditions d'assurance.
3. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'autorité. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que celle-ci paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de

---

preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 358 consid. 5b, ATF 110 V 141 consid. 2 et 293 consid. 2a, ATF 108 V 171 consid. 1). Ces notions, applicables à la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, le sont également lorsque l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle (cf. ATF 127 V 469 consid. 2c et les références).

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 298 consid. 4c in fine).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 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 au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan

psychiatrique tels, 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).

5. Pour pouvoir prétendre une rente de l'assurance-invalidité suisse, le requérant doit être invalide au sens des art. 4, 28 et 29 LAI. Aux termes de la règle générale de l'art. 6 LAI, les ressortissants suisses, les étrangers et les apatrides ont droit aux prestations s'ils étaient assurés lors de la survenance de l'invalidité, par exemple à raison de leur domicile en Suisse (art. 1<sup>er</sup> al. 1 let. a LAVS en corrélation avec l'art. 1<sup>er</sup> LAI; ATF 126 V 8 consid. 2a).

Selon l'art. 36 al. 1 LAI, ont droit aux rentes ordinaires les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations.

A la différence de la situation qui prévalait avant le 1<sup>er</sup> janvier 1997, date de l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS, un assuré peut désormais satisfaire à l'exigence de la période minimale de cotisations même s'il n'a pas payé personnellement des cotisations, par exemple par la prise en compte d'une période éducative (ATF 125 V 253 et ATF 126 V 5 consid. 1b). Cette réglementation plus favorable ne s'applique toutefois pas aux cas d'assurance survenus antérieurement à cette date (ATF 126 V 5 et 273 consid. 1b; VSI 2000 p. 174). En effet, un assuré qui, sous l'ancien droit, ne pouvait prétendre une rente ordinaire parce qu'il ne pouvait se prévaloir d'une durée de cotisations d'une année entière au moins au moment de la survenance de l'invalidité, n'a pas droit non plus à une telle prestation après l'entrée en vigueur de la 10<sup>ème</sup> révision de l'AVS, indépendamment des cotisations payées par son conjoint (ATF 126 V 273). Demeurent toutefois réservées tant les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs ressortissants respectifs (cf. ATFA non publié I 351/04 du 28 juillet 2005, consid. 3.1) que les dispositions spéciales de droit fédéral relatives au statut des réfugiés et des apatrides (ATFA non publié H 125/01 du 18 septembre 2001, consid. 1a).

D'après l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où

l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b et 157 consid. 3a ATF 118 V 79 consid. 3a et les références p. 82). Tant et aussi longtemps que l'assuré ne remplit pas - abstraction faite de toute clause d'assurance - les conditions matérielles ouvrant droit à la prestation considérée, on ne saurait tenir l'invalidité pour survenue (SVR 1998 IV no 9 p. 36 consid. 2 b/bb). Ainsi, en ce qui concerne le droit à une rente, le moment déterminant est celui à partir duquel l'assuré a présenté une incapacité de gain durable de 40% au moins art. 29 al. 1 let. a LAI) ou, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI); il survient toutefois au plus tôt le premier jour du mois qui suit son dix-huitième anniversaire (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 5 consid. 2b).

6. 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux 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 notamment 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 p. et les références).

7. Pour déterminer la période de survenance de l'invalidité, il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport du SMR daté du 29 septembre 2005 et de l'expertise judiciaire.

La rubrique « status psychiatrique » du rapport du SMR est composée pour une bonne part de considérations de la Dresse Q\_\_\_\_\_ sur le manque de respect de l'expertisé, sur l'incohérence de ses propos et ses contradictions, sur ses mensonges évidents et délibérés. Ce médecin en conclut que les propos du recourant ne sont pas crédibles. Or, on ne voit pas en quoi le fait que l'expertisé ne regarde pas l'examineur, qu'il adopte une position assise avec le bassin en avant et le genou écarté, qu'il montre un désintérêt total aux questions qui lui sont posées démontre un manque de respect. De plus, en faisant ce type de remarques au début de ladite rubrique, la Dresse Q\_\_\_\_\_ fait part de ses a priori envers le recourant. En outre, il est frappant de constater qu'elle n'examine à aucun moment si le comportement décrit ne s'expliquerait pas par les traumatismes vécus par le recourant comme le retient le Dr S\_\_\_\_\_. Or, selon la jurisprudence, on peut et on doit attendre d'un expert 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. Par ailleurs, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective (cf. ATF non publié 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.3).

En outre, ses conclusions sont sujettes à caution. En effet, s'agissant du stress post-traumatique, même si la Dresse Q\_\_\_\_\_ admet la présence de rêves et de cauchemars, elle met en doute la réalisation de la condition de la remémoration constante du facteur de stress, au seul motif que la datation des rêves et cauchemars ne montre aucun signe d'une activité depuis l'arrivée en Suisse. A ce sujet, elle ne donne aucun élément concret permettant de vérifier ses doutes alors que tous les psychiatres ayant examiné le recourant mentionnent de tels flash back. De plus, les a priori de la Dresse Q\_\_\_\_\_ influencent également ses conclusions et, plus particulièrement, les diagnostics retenus puisqu'elle considère qu'il n'y a pas de reviviscence répétée d'éléments traumatiques, mais plutôt un désir de l'arroser à outrance d'une répétition de faits incohérents. Or, elle ne décrit pas les éléments

objectifs l'amenant à une telle conclusion. Plus particulièrement, elle ne discute pas si ce besoin du recourant de répéter certains faits n'est précisément pas la manifestation d'une remémoration des facteurs de stress. Enfin, elle relève que le recourant ne présente pas d'évitement de l'activité à risque, mais un désir de passer sa vie à domicile. Or, on ne voit pas ce qui l'autorise à adopter une telle conclusion dès lors qu'il est difficilement envisageable qu'il soit confronté à une fusillade et de la torture en Suisse, respectivement à un évitement de telles situations.

En conséquence, tant les indices d'a priori de la Dresse Q \_\_\_\_\_ que les diagnostics sujets à caution posés par celle-ci à la suite d'une interprétation douteuse du comportement du recourant, qu'enfin l'appréciation foncièrement divergente par les médecins des HUG du même status psychique et de son effet incapacitant ne permettent pas au Tribunal de reconnaître une valeur probante au rapport d'examen du SMR (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

Dans l'expertise judiciaire et son complément du 17 mai 2010, les Drs T \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_ concluent à une incapacité de travail de 100% depuis 1991 et précisent que, faute d'une approche globale intégrant le traitement somatique, psychologique et social, l'état de santé physique et mental du recourant a continué à se détériorer. Si un traitement est entrepris sous la forme d'une psychothérapie et éventuellement d'un traitement pharmacologique, la capacité de travail peut atteindre les 100% dans un contexte de travail de bureau. A long terme et sous traitement adéquat, il n'existe pas de limitation autre que la non-intégration dans la communauté qui se manifeste par des difficultés dans la langue ainsi qu'un retrait social.

S'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, le Dr T \_\_\_\_\_, tout comme le Dr O \_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 mai 2005, le motive par la présence de flash-back, l'expertisé revoyant les scènes de l'attaque et celles de l'hôpital, ainsi que par des symptômes d'évitement psychique (personnes en uniforme) en lien avec certains événements lui rappelant son traumatisme. Le Dr V \_\_\_\_\_ précise que le recourant a vécu l'expertise du SMR comme une reviviscence des interrogatoires en Turquie. Il n'a pas observé de comportement voulant feindre une maladie psychique comme l'affirme la Dresse Q \_\_\_\_\_. Pour sa part, le Dr S \_\_\_\_\_ explique que, selon sa longue expérience en matière de victimes et de tortures, le recourant présente un tableau clinique de lésions somatiques, troubles psychologiques et difficultés psychosociales qui est classiquement retrouvé chez les victimes de torture. Les experts ont également tenu compte de l'influence non invalidante des facteurs socio-culturels dans leurs conclusions (cf. ATF 127 V 294) puisqu'ils précisent qu'à long terme et après traitement adéquat, la capacité de travail résiduelle pourra être de 100% dans une activité de bureau. En définitive, leurs conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen. Les réponses qu'ils apportent aux questions

posées par le Tribunal de céans sont par ailleurs complètes et convaincantes. Enfin, leur rapport ne contient en outre pas de contradictions, ni de défauts manifestes.

Dans son rapport du 14 décembre 2009, le Dr U\_\_\_\_\_ considère que le Dr T\_\_\_\_\_ a posé son diagnostic sur la base d'un souvenir induit dès lors que l'assuré a évoqué son passé à la demande de l'expert. Par ailleurs, hormis l'expertise SMR et l'expertise judiciaire qui constituent un événement assimilable à une confrontation, il ne voit pas à quels événements l'expert fait allusion en évoquant un comportement d'évitement psychique en lien avec certains événements lui rappelant son traumatisme dès lors que la vue d'uniformes militaires est peu fréquente dans les villes. Il reproche au Dr T\_\_\_\_\_ de ne pas avoir recherché de symptômes incluant une modification de la personnalité au contraire de la Dresse Q\_\_\_\_\_. Puis, dans son rapport du 31 mai 2010, le Dr U\_\_\_\_\_ relève que le complément d'expertise judiciaire du 17 mai 2010 est incomplet au motif qu'il ne tient pas compte des deux accidents mentionnés dans les rapports du Dr BAUD du 9 mai 2007 et dans celui du Dr W\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2009.

Les critiques y relatives du médecin du SMR tendent davantage à substituer sa propre appréciation à celle des experts qu'à établir l'existence d'une carence évidente dans l'évaluation. En effet, le Dr A\_\_\_\_\_ ne peut pas reprocher au Dr S\_\_\_\_\_ d'avoir demandé au recourant d'expliquer son passé dès lors que ce dernier a ressenti le besoin de lui raconter son histoire. Or, même s'il n'est pas psychiatre, le Dr S\_\_\_\_\_ a une longue expérience dans le domaine de l'aide au victime de tortures de sorte que rien ne permet de douter qu'il a effectivement observé la description par le recourant de la persistance de réminiscences (souvenirs intrusifs, flash-back, etc.). De même, rien dans le rapport du Dr T\_\_\_\_\_ ne permet de conclure que lesdits flash-back n'ont été signalés que lors de la description des événements à l'expert. Au contraire, la mention de flash-back se trouve sous la rubrique « status clinique » et non pas dans l'anamnèse. Les griefs du Dr U\_\_\_\_\_ au sujet de l'évitement psychique sont tout aussi peu fondés car le médecin du SMR semble limiter le traumatisme du recourant à la vue d'uniformes militaires sans prendre en compte le traumatisme subi lors des divers traitements que lui a réservés la police turque. Or, il n'est pas rare d'être confronté à des uniformes de la police en ville de Genève. De plus, dans son rapport d'expertise, le Dr V\_\_\_\_\_ relève que les souvenirs du recourant étaient à la fois peu précis et parfois détaillés lorsqu'ils concernaient les événements en lien avec la fusillade, comme si ces images occupaient son esprit. La mémoire semblait conservée sauf en ce qui concernait certains détails à l'hôpital après l'agression et la période comprise entre 1992 et 1995. Or, selon la CIM 10, la condition D de l'état de stress post-traumatique (F43.1) est (1) l'incapacité partielle ou complète à se rappeler des aspects importants de la période d'exposition au facteur de stress, soit précisément la période durant laquelle le recourant a subi des sévices de la part des policiers turcs. En outre, contrairement à ce que soutient le

---

Dr U \_\_\_\_\_, les experts ont recherché d'autres symptômes de l'état de stress post-traumatique. En effet, dans leur complément d'expertise, ils expliquent que l'atteinte des capacités fonctionnelles au niveau professionnel est un critère majeur dans le diagnostic de l'état de stress post-traumatique car, s'il n'y a pas de trouble fonctionnel socioprofessionnel ou familial, ledit diagnostic ne peut pas être posé. Or, le recourant présente un retrait social important se manifestant par une absence de volonté de s'intégrer « a minima ». Par ailleurs, l'isolement social mis en évidence est également un symptôme classique de ce diagnostic. Ils observent également que le recourant se protège en se méfiant de son entourage ce qui est classique chez les traumatisés. Enfin, le fait que les experts judiciaires ne mentionnent pas les accidents de 2007 et 2009 ne peut pas leur être reproché dès lors que le recourant n'a produit les rapports médicaux faisant état de ces accidents qu'en date du 21 décembre 2009, soit postérieurement à la date des expertises des Drs V \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_. Il convient également de préciser que le complément d'expertise du 17 mai 2010 a été effectué sur la base des rapports d'expertise judiciaire, sans que le Tribunal de céans ne communique à nouveau aux experts les pièces des parties. Au demeurant, le recourant admet lui-même que son invalidité est principalement due à ses troubles psychiques.

Par conséquent, le Tribunal retiendra la valeur probante de l'expertise judiciaire ce qui, au vu de l'incapacité de travail entière du recourant, lui donne en principe droit à une rente entière d'invalidité, pour autant que les conditions d'assurance soient réalisées.

8. En définitive, il y a unanimité des divers médecins sur la date du début de l'incapacité de travail qui est fixée à 1991, soit lors des blessures provoquées par les balles de la police pendant la manifestation pro-kurde d'octobre à Istanbul et de l'amputation consécutive de la jambe droite. En effet, ce début de l'incapacité de travail ressort tant du rapport d'expertise judiciaire complémentaire que du rapport de la Dresse O \_\_\_\_\_ du 25 mai 2005 qu'enfin des allégués du recourant qui ne conteste pas être incapable de travailler depuis la fusillade.

En outre, dans la mesure où le recourant allègue que son incapacité de travail est entière depuis le 19 octobre 1991 à la suite de la fusillade et de l'amputation à mi-cuisse droite ainsi que des lourdes limitations résultant de celles-ci, les accidents du 23 avril 2007 et du 2 juillet 2009, qui ont entraîné respectivement une fracture du col du fémur droit et une rupture de l'articulation sacro-coccygienne, ne constituent nullement un nouveau cas d'assurance, puisqu'il n'y a pas eu depuis 1991 des interruptions notables de l'incapacité de gain qui permettraient d'admettre l'existence, depuis l'arrivée en Suisse du recourant, d'un nouveau cas d'assurance (cf. ATF 126 V 5 consid. 2b). Aussi l'invalidité présentée par le recourant est survenue en 1992 (cf. art. 29 al. 2 LAI), soit antérieurement à l'entrée en vigueur de la 10<sup>ème</sup> révision de l'AVS.

Enfin, bien que la question de savoir si le recourant a exercé une activité lucrative en Turquie n'est pas claire, puisque lui-même ne l'allègue pas dans ses deux demandes de prestations de l'assurance-invalidité alors que, dans son curriculum-vitae, il mentionne une expérience professionnelle d'opérateur informatique de 1992 à 1994, il est avéré quoiqu'il en soit que le recourant n'a exercé aucune activité lucrative pendant au moins une année avant la survenance de l'invalidité en 1991. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner la situation au regard de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et la République de Turquie du 1<sup>er</sup> mai 1969 (RS 0.831.109.763.1) dès lors qu'elle stipule, à son art. 10 al. 1, que les ressortissants turcs ont droit aux rentes ordinaires et aux allocations pour impotent de l'assurance-invalidité suisse, sous réserve des paragraphes 2 et 3, aux mêmes conditions que les ressortissants suisses.

Dès lors, il est constant que le recourant ne s'est pas acquitté du paiement de cotisations durant une année entière au moins au moment de la survenance de l'invalidité. Aussi, il n'existe aucun motif de réviser la décision du 16 octobre 1998, entrée en force à la suite du retrait du recours le 21 janvier 1995, qui refusait une rente au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.

9. Cela étant, il convient en outre d'examiner si le recourant peut prétendre une rente extraordinaire dès le 2 septembre 2002, soit au terme de cinq ans de domicile en Suisse. A cette époque, il n'avait pas encore acquis la nationalité suisse de sorte que cette question doit être examinée au regard de son statut de réfugié.

D'après l'art. 1 al. 2 de l'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité du 4 octobre 1962 (RS 831.131.11), les réfugiés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit aux rentes extraordinaires de l'assurance-vieillesse et survivants, ainsi que de l'assurance-invalidité, aux mêmes conditions que les ressortissants suisses si, immédiatement avant la date à partir de laquelle ils demandent la rente, ils ont résidé en Suisse d'une manière ininterrompue pendant cinq années.

Selon l'art. 39 al. 1 LAI, le droit des ressortissants suisses aux rentes extraordinaires est déterminé par les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS). Aux termes de l'art. 42 al. 1 LAVS, les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais ne peuvent pas prétendre à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins.

En vertu de l'art. 3 al. 1 LAVS, les assurés sont tenus de payer des cotisations tant qu'ils exercent une activité lucrative (1<sup>ère</sup> phrase). Les personnes sans activité lucrative sont tenues de payer des cotisations à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui

---

suit la date à laquelle elles ont eu 20 ans; cette obligation cesse à la fin du mois où les femmes atteignent l'âge de 64 ans, les hommes l'âge de 65 ans (2<sup>ème</sup> phrase).

Sont considérées comme années de cotisations les périodes (a) pendant lesquelles une personne a payé des cotisations; (b) pendant lesquelles son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3, a versé au moins le double de la cotisation minimale; (c) pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance peuvent être prises en compte (art 29<sup>ter</sup> al. 2 LAVS).

En exigeant que les personnes concernées aient le même nombre d'années d'assurance que les personnes de la classe d'âge, l'art. 42 al. 1 LAVS ne vise pas toutes les années d'assurance dès la naissance, mais seulement celles pour lesquelles la loi prévoit une obligation générale de cotiser, telles qu'elles sont en principe déterminantes pour le calcul d'une rente ordinaire. Il vise les personnes qui n'étaient pas encore soumises à l'obligation de cotiser durant une année entière lors de la survenance de l'invalidité (assurés mineurs) ou celles qui, lors de l'instauration de l'AVS, ne pouvaient plus satisfaire à cette exigence (génération transitoire) ou encore celles qui, pendant toute la durée d'assurance, étaient dispensées de payer des cotisations (cf. Message du Conseil fédéral concernant la dixième révision de l'assurance-vieillesse et survivants du 5 mars 1990, FF 1990 II 99; SVR 2003 IV n° 34 p. 106 consid. 5.1.2). Il s'agit donc des années d'assurance accomplies dès le 1<sup>er</sup> janvier qui suit la date où la personne a eu 20 ans révolus (cf. art. 2 LAI en corrélation avec l'art. 3 LAVS et art. 36 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 29 al. 2, 29<sup>bis</sup> ainsi que 29<sup>ter</sup> LAVS).

Le but de la réglementation sur les rentes extraordinaires de l'AI est donc de ne pas pénaliser - parce qu'elles n'ont pas été tenues de payer des cotisations pendant une année avant la réalisation du risque - des personnes pouvant atteindre une durée d'assurance complète en vue de l'octroi d'une rente de vieillesse de l'AVS jusqu'au 31 décembre précédant l'âge-terme (cf. pour les conditions d'octroi d'une rente ordinaire complète de vieillesse art. 29, 29<sup>bis</sup> al. 1 et 29<sup>ter</sup> al. 1 LAVS et pour les conditions d'octroi d'une rente extraordinaire de vieillesse art. 42 al. 1 LAVS). La loi leur accorde une rente extraordinaire d'invalidité en principe égale au montant minimum d'une rente ordinaire complète. Elle les assimile aux personnes comptant le même nombre d'années de cotisations - d'une année entière au moins lors de la survenance du risque (et donc aussi d'assurance) - que les assurés de leur classe d'âge qui peuvent prétendre une rente ordinaire complète d'invalidité (ATF 131 V 390 consid. 7.3.1).

Les rentes extraordinaires soumises à limites de revenu que les assurés placés dans cette situation pouvaient prétendre avant la dixième révision de l'AVS, si la rente ordinaire partielle dont ils bénéficiaient était inférieure à la rente extraordinaire (cf. art. 42 al. 1 LAVS dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996), ont été transférées dans le régime des prestations complémentaires (art. 2 et ss LPC; cf.

ATF 124 V 271 consid. 1a). Il en va de même des rentes extraordinaires allouées aux personnes qui ne pouvaient prétendre de rente ordinaire d'invalidité, faute d'avoir été assujetties à l'assurance-vieillesse et invalidité suisse - et par conséquent d'avoir versé des cotisations - pendant une année au moins (cf. art. 36 al. 1 LAI) avant la survenance de l'invalidité (SVR 2003 IV n° 34 p. 106 consid. 5.1).

10. En l'espèce, le recourant a été assujetti à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité dès la constitution de son domicile en Suisse (art. 1a al. 1 LAVS et art. 1a LAI), le 2 septembre 1997, soit à l'âge de 25 ans. Par conséquent, force est de constater qu'il ne peut pas être assimilé aux personnes de sa classe d'âge, puisque, pour ce faire, il aurait dû être assuré dès janvier 1993 conformément à l'art. 3 al. 1 LAVS. Par conséquent, ne ressortissant pas au cercle des bénéficiaires d'une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité, il ne saurait prétendre à cette prestation.
11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté au sens des considérants. Etant donné que ce dernier a été formé, le 29 juin 2006, soit juste avant l'entrée en vigueur de l'art. 69 al. 1bis LAI instaurant un émolument à charge de la partie qui succombe, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette au sens des considérants.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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