

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/652/2010

ATAS/1154/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2011

8ème Chambre

En la cause

Monsieur T\_\_\_\_\_, domicilié à Thônex, représenté par  
APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Patrick UDRY, Président suppléant; Norbert HECK et Violaine LANDRY  
ORSAT, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur T\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, originaire du Vietnam, marié et père de deux enfants nés en 1991 et 1992, est arrivé en Suisse en 1993 avec le statut de réfugié politique. Dans son pays, le recourant a souffert de la pauvreté, de la faim, de violences familiales et des méfaits de la guerre du Vietnam (violences, morts, notamment de 5 frères et sœurs). Avant de rejoindre la Suisse, le recourant a passé quatre ans dans un camp de réfugiés en Thaïlande.
2. Le recourant a suivi la scolarité obligatoire et secondaire dans son pays d'origine, avant d'arrêter ses études médecine et, finalement, fuir son pays. Il n'a suivi aucune formation professionnelle.
3. En Suisse, le recourant a travaillé comme fleuriste (avril à juin 1996), éducateur spécialisé (août 1996 à octobre 1998), auxiliaire de santé dans un EMS (juin à novembre 1999), ouvrier à la chaîne dans une entreprise de construction de perceuses et scieuses (mai 2000 à janvier 2001). Le recourant a ensuite travaillé comme ouvrier (graveur et ouvrier en perlage) auprès de X\_\_\_\_\_ SA dès juin 2002, avant de se retrouver en incapacité de travail totale dès le mois de janvier 2003. Son contrat de travail a été résilié pour la fin du mois de mai 2003 pour cause d'absence de longue durée pour maladie.
4. Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 2 septembre 2003, effectuée à la demande de l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assuré, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré ne présentait pas les critères majeurs nécessaires au diagnostic de la dépression et que les symptômes dépressifs présents au début de l'année 2003 avaient eu un caractère réactionnel à une surcharge de stress faisant suite à un licenciement chez une personne prédisposée à la récurrence dépressive, étant précisé que l'évolution ultérieure avait été bonne grâce au traitement prodigué. Il n'a par ailleurs pas diagnostiqué de trouble de la personnalité. L'expert a estimé que la capacité de travail de l'assuré était totale à compter du 2 septembre 2003, jour de l'expertise.
5. Le recourant a ensuite été au chômage de juin 2003 à juin 2006 et a été occupé dans le cadre d'emplois temporaires notamment comme ouvrier polyvalent dans les tris, traitement et conditionnement de vêtements de seconde-main destinés à la vente, dans l'entretien d'espaces verts, dans une cafétéria (de février à novembre 2004) et comme ouvrier en cimetièrre (en mai et juin 2006). L'assuré a finalement émargé à l'aide sociale.
6. Le 11 juin 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENEVE (ci-après : Office

AI) visant à une orientation professionnelle et une rente. Concernant l'atteinte à sa santé, il a déclaré un épuisement nerveux dès 2002 à 2003.

7. Dans un rapport médical destiné à l'AI du 22 août 2007, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une dépression majeure depuis l'âge de 18 ans, un syndrome de stress post-traumatique, un trouble anxieux généralisé et des perturbations neurovégétatives. Il a estimé que l'incapacité de travail du recourant était totale depuis le 2 septembre 2003 et perdurait. Il a considéré que la capacité de travail pourrait être améliorée par une pharmacothérapie antidépressive efficace et un traitement cognitivocomportemental ou hypnothérapeutique effectué par un thérapeute linguistiquement compétent. Il a encore estimé que la diminution de rendement serait de 50% et qu'aucune autre activité ne serait exigible, en raison de l'absence de formation, de la mauvaise maîtrise du français et des troubles de panique.
  
8. En octobre 2007, l'Office AI a décidé d'ordonner une expertise psychiatrique.

Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 18 janvier 2008, après avoir exposé l'anamnèse (familiale, psychiatrique familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, déroulement du quotidien), les plaintes de l'assuré et son status psychiatrique, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) présent depuis l'âge de 20 ans et, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble panique (F41.0) présent depuis l'âge de 19 ans.

Dans l'appréciation du cas, l'expert a indiqué que l'assuré était une personne de 47 ans dont le développement psychoaffectif avait été marqué par des conditions défavorables. En premier lieu, le recourant avait vécu dans la pauvreté. En outre, il avait souffert de la mésentente parentale et avait été un enfant battu de manière répétitive et injuste. Il avait été séparé de sa famille pendant un mois à l'âge de 10 ans suite à une blessure du poignet droit dans le contexte d'une explosion d'une mine. L'assuré avait été marqué par les conditions de la guerre en ce sens qu'il avait été le témoin de bombardements, de la destruction de son village et du décès de 5 membres de sa fratrie. Ces éléments hautement défavorables avaient interféré avec le processus harmonieux de mise en place de la personnalité. Cela étant, l'expert a considéré que l'assuré ne présentait pas de personnalité pathologique au sens des critères de la CIM-10 (absence de critères formels), mais qu'il souffrait toutefois d'une fragilité physique dans la mesure où il présentait une vulnérabilité à l'apparition de symptômes dépressifs et anxieux.

L'expert a ajouté que depuis l'âge de 19 ans, époque où il avait été enrôlé dans l'armée, le recourant avait présenté les premières manifestations d'un trouble panique. Depuis lors, il présentait des moments d'apparition subite d'une angoisse intense, sans que cela ne fût forcément lié à une situation ou des pensées particulières. Cette angoisse s'accompagnait de tremblements, d'une difficulté respiratoire, de douleurs thoraciques, d'une sensation de gorge serrée, d'un sentiment de dépersonnalisation et d'une sécheresse buccale. Le recourant s'était

---

rendu auprès du Dr B\_\_\_\_\_ à partir du mois d'octobre 2002 et un traitement médicamenteux avait été mis en place. Les épisodes d'attaque de panique avaient été partiellement contrôlés et, même si leur durée était d'environ une heure, ils s'étaient considérablement espacés en ce sens que le recourant mentionnait un épisode au cours de l'été 2007 et un deuxième épisode à Noël de la même année. En raison de cette fréquence réduite, le trouble panique ne pouvait être considéré comme étant à l'origine d'une aptitude diminuée au travail.

L'expert a également indiqué que dans le rapport médical du Dr B\_\_\_\_\_ du 22 août 2007 figurait le diagnostic de troubles anxieux généralisés. Le recourant disait effectivement être constamment préoccupé et en souci pour des aspects du quotidien. Toutefois, il ne présentait pas, la plupart du temps, et en dehors des épisodes d'attaque de panique, de symptômes d'hyper-réactivité neuro-végétative, respiratoire, gastro-intestinaux ou de symptômes concernant l'état mental. Par ailleurs, le recourant avait été décrit comme une personne calme dans le rapport d'expertise psychiatrique du Dr D\_\_\_\_\_ de septembre 2003. Dans ces conditions, le diagnostic d'anxiété généralisée ne pouvait pas être retenu. Par ailleurs, les préoccupations et inquiétudes quasi-permanentes n'étaient pas limitatives pour l'exercice de l'activité professionnelle en ce sens qu'elles n'étaient pas psychologiquement destructurantes; il ne s'agissait pas d'un envahissement du psychisme par l'angoisse avec abolition de tout processus de pensée.

Depuis l'âge de 20 ans, dans les suites du service militaire, le recourant avait présenté un premier probable épisode dépressif, puisqu'un traitement antidépresseur avait été prescrit par un psychiatre vietnamien à l'époque. Ce traitement avait été pris par intermittence, selon les moyens financiers du moment de l'assuré. Il n'était pas possible de préciser son état à l'époque, le recourant parlant de «faiblesse» et de troubles du sommeil. Il en était de même pour le fait que le recourant signalait un «moral bas» et la présence d'une tristesse «depuis toujours». Dans ce contexte, il n'était pas possible de dire de manière univoque si, entre les épisodes dépressifs, il avait existé une dysthymie (forme atténuée de dépression). Un épisode dépressif avait eu lieu au début de l'année 2003 (l'assuré ne pouvant pas indiquer de facteur déclenchant), épisode qui s'était intensifié avec un licenciement à la fin du mois de mai. Cet état s'était résolu au plus tard en septembre 2003, tel que cela apparaissait dans le rapport d'expertise psychiatrique du mois de septembre 2003 du Dr A\_\_\_\_\_ (absence de symptomatologie suffisante sur le plan dépressif pour retenir, au moment de l'examen, la présence d'un épisode dépressif même léger). Entre 2003 et 2007, le recourant s'était soigné à l'aide de la médecine chinoise mais il n'apparaissait pas qu'il ait présenté un nouvel épisode pendant cette période. En outre, il n'apparaissait pas non plus que les deux activités qu'il avait eues (employé polyvalent à l'Atelier Réalise de février à octobre [recte : début novembre] 2004; activité d'entretien dans un cimetière en mai et juin 2006) s'étaient mal passées (l'assuré a indiqué que le travail était fait et qu'il était apprécié, même si cela a eu lieu au prix d'un effort important de sa part). En janvier 2007, le recourant s'était de nouveau adressé au Dr B\_\_\_\_\_ pour une nouvelle péjoration de son état psychique. Dès lors, plusieurs traitements antidépresseurs avaient été mis en place. L'assuré avait indiqué un bon effet au début, puis un retour à la symptomatologie antérieure. Il n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et en dehors du psychiatre à qui il s'était adressé à Saigon, il n'y avait pas eu d'autre suivi

---

psychiatrique depuis lors, cela en raison principalement des difficultés linguistiques.

Dans le rapport médical AI du 22 août 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ avait mentionné la présence d'une dépression majeure. Le recourant présentait désormais une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif de degré moyen : humeur déprimée, anhédonie (disparition de la capacité de plaisir), réduction de l'énergie (critères 1, 2 et 3 de B. vérifiés), diminution de la confiance en soi, troubles légers de la concentration, troubles du sommeil et de l'appétit (critères 1, 4, 6 et 7 de C. vérifiés); le critère 2 (sentiments de culpabilité) n'avait pas été retenu car si l'assuré s'en voulait de la perte de la libido, cela n'avait pas de caractère irrationnel ou inapproprié. Il y avait suffisamment d'éléments pour retenir la présence d'un syndrome somatique (anhédonie, réveils précoces, diminution de l'appétit, perte de la libido). Parmi les éléments potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, diminution de la confiance en soi), la diminution de l'énergie était légère, tel que cela se vérifiait à l'analyse du déroulement du quotidien (présence de plusieurs activités pendant la journée : soins corporels, préparation des repas, courses, nettoyage, promenades, surveillance des devoirs des enfants). Il n'y avait pas de diminution de la volonté en ce sens, que par exemple, l'assuré assumait les tâches du quotidien. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur significatif (ralentissement moteur subclinique). Il existait des troubles de la concentration légers qui se manifestaient parfois par une diminution de l'attention, ainsi que des troubles de la mémoire à long terme. La diminution de la confiance en soi était présente et partiellement limitative pour l'exercice de l'activité professionnelle. Les autres éléments (tristesse, pleurs, sentiments de culpabilité, troubles du sommeil et de l'appétit) n'étaient pas des éléments incapacitants *per se*. La symptomatologie dépressive décrite ci-dessus était, au vu de sa nature et de son intensité, partiellement limitative pour les activités nécessitant des performances accrues telles que celle qui avait été exercée entre juin 2002 et mai 2003 (graveur dans l'industrie horlogère), activité qui devait de surcroît être effectuée rapidement (nécessité d'efforts de concentration soutenus). Dans les autres activités (entretien d'un cimetière, tri et traitement de vêtements, entretien d'espaces verts, assemblage de pièces), elle était entièrement exigible. Dans des activités également telles que serveur, auxiliaire de santé ou éducateur spécialisé, les exigences étaient telles que la capacité de travail n'était possible qu'à 50%. Le Dr B\_\_\_\_\_ avait estimé pour sa part que, d'une manière générale, la capacité de travail du recourant était de 50%.

Dans le rapport médical AI du 22 août 2007, le médecin précité avait fait état de la présence d'un syndrome de stress post-traumatique. Ce diagnostic n'avait pas été étayé par la description de critères correspondants. Au cours de l'examen psychiatrique du 8 janvier 2008, il apparaissait que le recourant présentait des reviviscences (cauchemars, souvenirs intenses), qu'il existait une tendance à l'évitement (l'assuré ne regardait pas la télévision); il n'apparaissait en revanche pas clairement de présence d'une hypersensibilité psychique ou une hyper vigilance persistante. De même, dans le rapport d'expertise psychiatrique du mois de septembre 2003 du Dr A\_\_\_\_\_, la présence d'un état de stress post-traumatique n'était pas évoquée et il n'y avait pas de description de symptômes concernant une hypersensibilité psychique ou une hyper vigilance. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne pouvait dès lors être retenu de manière

univoque. Par ailleurs, il ne s'avérait pas que les reviviscences ou les conduites d'évitement avaient interféré avec la capacité de travail dans le passé et il n'y avait pas de notion que ces deux éléments se furent accentués récemment. Le recourant faisait état de manière itérative d'une fatigue et d'un épuisement. Dès lors, le diagnostic de neurasthénie devait être évoqué. Cependant, il ne s'avérait pas que l'assuré présentait un épuisement soit après des efforts psychiques minimes ni après des efforts physiques minimes. En effet, si le recourant se reposait pendant 1 heure à 1 heure et demie après avoir effectué des travaux d'entretien de l'appartement (nettoyage, lessive), il existait, à l'analyse du déroulement du quotidien, d'autres activités ne nécessitant pas de repos immédiat et prolongé. Le diagnostic de neurasthénie ne pouvait donc pas être retenu. En résumé, il s'agissait d'une personne qui souffrait d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel datait depuis le mois de janvier 2007 et qui était partiellement limitatif (50%) pour certaines des activités habituelles (serveur, graveur dans l'industrie horlogère, auxiliaire de santé en EMS, éducateur spécialisé) alors qu'elle était pleinement exigible pour d'autres (entretien des espaces verts et floraux, tri et traitement de vêtements de seconde main destinés à la revente, assemblage de pièces). Par ailleurs, il existait des éléments non médicaux rendant difficiles l'intégration dans l'économie habituelle (non maîtrise du français, non intégration dans la culture d'accueil).

S'agissant des limitations fonctionnelles du recourant, l'expert a indiqué que, sur le plan psychique et mental, il y avait une diminution de l'énergie, des troubles de la concentration et une diminution de la confiance en soi. Sur le plan social, il a indiqué que la non-maîtrise de la langue française et la non-intégration de la culture d'accueil ne constituaient pas des raisons médicales. Il a estimé que les limitations sur le plan psychique étaient partiellement limitatives pour certaines activités qui avaient été exercées par le passé (serveur dans la restauration, graveur dans l'industrie horlogère, auxiliaire de santé et éducateur spécialisé), alors qu'elle n'agissaient pas sur les activités d'entretien des espaces verts et floraux, l'assemblage de pièces ou dans le tri et le traitement de vêtements de seconde main destinés à la revente. L'expert a estimé que la capacité résiduelle de travail du recourant était de 50% dans les activités de serveur dans la restauration, de graveur dans l'industrie horlogère, d'auxiliaire de santé ou d'éducateur spécialisé, alors qu'elle était totale dans les autres activités susmentionnées. Il a estimé que ces dernières activités étaient totalement exigibles alors que les premières activités plus complexes ne pouvaient être exigées que pour un 50%. Il y avait une diminution de rendement de 50% dans ces activités alors que pour les activités simples il n'y avait pas de diminution de rendement. L'incapacité de travail de 50% dans les activités complexes existaient depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et perduraient. L'expert a ajouté que, malgré ses troubles psychiques, l'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel à la condition de reprendre les activités moins complexes qu'il avait exercées dans le passé (entretien des espaces verts et floraux, tri et traitement de vêtements de seconde main, assemblage de pièces).

S'agissant de mesures de réadaptation professionnelle, l'expert a rappelé que le recourant avait toujours fait preuve de ponctualité et avait donné satisfaction à ses employeurs, ce qui montrait son aptitude à s'intégrer dans une structure et à participer à un projet de réadaptation. Il estimait que sa capacité de travail pouvait être améliorée avec un traitement psychiatrique, à l'aide d'un interprète de langue vietnamienne. Un tel suivi était susceptible de mener à une amélioration de son état

---

clinique en particulier sur le plan de la dépression et à une récupération d'une capacité de travail entière dans toutes les activités telles qu'elles avaient été exercées dans le passé. Par rapport à une activité adaptée, l'expert a indiqué que toute activité ne sollicitant pas les facultés de concentration outre mesure, et sans exigences insistantes de rapidité d'exécution, ainsi que toute activité ne nécessitant pas la prise d'initiatives et de responsabilités pourraient être exercées à plein temps, sans diminution de rendement.

9. Dans un rapport de réadaptation du 2 octobre 2008, le revenu sans invalidité réalisable en 2007 par le recourant a été fixé à 51'000 fr. sur la base des informations données par X\_\_\_\_\_ SA, alors que le revenu avec invalidité a été fixé à 57'771 fr. (salaire mensuel de 4'732 fr. [correspondant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, niveau 4, pour un homme, ligne «total»], soit annuellement de 56'784 fr. en 2006, correspondant à 57'771 fr. en 2007). Faute de perte de gain, il a été conclu à une absence de droit à une réadaptation.
10. Le 10 décembre 2009, l'Office AI a adressé un projet de refus de prestations de l'AI, dans lequel il indiquait qu'il envisageait de rejeter la demande de prestations, dans la mesure où la capacité du recourant dans une activité adaptée avait toujours été de 100% et que la comparaison du revenu sans invalidité de 51'000 fr. avec celui avec invalidité de 57'771 fr. ne faisait apparaître aucune perte de gain.
11. Par décision du 2 février 2010, l'Office AI a confirmé son projet de décision.
12. Par mémoire de l'APAS, qui venait d'être mandatée, du 22 février 2010, l'assuré a recouru contre la décision du 2 février 2010, en concluant à l'annulation de cette dernière et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de dépens. Le recourant considérait que les pièces médicales du dossier ne reflétaient pas suffisamment les drames qu'il avait vécus – qu'il a décrits dans un document intitulé «histoire de vie» – et qui étaient à l'origine de ses troubles. Il a critiqué l'anamnèse extrêmement courte et en décalage avec la réalité vécue exposée par le Dr A\_\_\_\_\_. De même, il a dénié toute valeur probante au rapport destiné à l'AI du Dr B\_\_\_\_\_ du 22 août 2007 au motif que l'anamnèse était superficielle et incomplète, que les appréciations sur la capacité de travail étaient contradictoires et que ce rapport émanait d'un médecin non spécialiste en psychiatrie. Enfin, il a critiqué le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ qui, selon lui, sous-estimait totalement l'état d'épuisement du recourant, ne faisait que rapporter ses plaintes sans les prendre en compte dans son analyse, comportait une anamnèse inexacte et incomplète, ce qui expliquait les divergences entre le vécu du recourant et les conclusions de l'expert. Il a ajouté que les considérations de l'expert au sujet des limitations fonctionnelles et des professions exigibles étaient insuffisamment motivées, et se référaient à des métiers inexistantes, étant précisé qu'un suivi psychiatrique dans la langue maternelle du recourant susceptible d'améliorer la capacité résiduelle de travail n'était qu'hypothétique en l'absence de psychiatre parlant le vietnamien. Il en a conclu que l'expertise en question ne remplissait pas les exigences jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante.
13. Par courrier du 25 mars 2010, le recourant a produit un rapport du Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, du 24 mars 2010. Dans ce rapport, après avoir exposé le contexte de son mandat et

---

l'anamnèse de l'assuré, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des séquelles chroniques et irréversibles d'un état de stress post-traumatique (F 43.2 et F 62.0) et, sans répercussion sur la capacité de travail, un bégaiement (F 98.5). Il a précisé que les séquelles chroniques et irréversibles d'un état de stress post-traumatique avaient pris la forme, sur le plan cognitif, d'un trouble envahissant du développement neuropsychologique. La confirmation ou l'exclusion d'un retard mental stricto-sensu aurait nécessité d'autres examens mais, compte tenu des résultats au test de la figure complexe, il n'était pas impossible qu'il en existât un. Sur le plan thymique et émotionnel, ses séquelles pouvaient être décrites comme une dépression «récurrente» épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 32.10), cet «épisode» étant en réalité chronique depuis des dizaines d'années. Il s'y ajoutait des troubles anxieux paniques (F 41.0) avec une idéation à la limite du délire paranoïaque. Le Dr E\_\_\_\_\_ a conclu son rapport comme suit : «Contrairement à l'opinion du Dr C\_\_\_\_\_, qui confond des stages à court terme organisés par le chômage ou les services sociaux (Realise par exemple) avec un vrai emploi dans l'économie, Monsieur T\_\_\_\_\_ n'a quasiment jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse. Son état pathologique chronique l'en a toujours empêché et il a passé d'un stage d'aide éducateur fleuriste pour handicapés mentaux à un autre d'ouvrier à la chaîne ou employé de cimetièrre, chaque fois pendant quelques semaines ou quelques mois. La notion de capacité de travail exigible ne peut pas se fonder sur ces stages. Il est temps de regarder la réalité médicale en face. Monsieur T\_\_\_\_\_ est un INVALIDE de guerre. Son développement émotionnel et cognitif a été irrémédiablement perturbé pendant l'enfance. La Suisse l'a accueilli comme réfugié. L'assurance invalidité fédérale doit en prendre acte».

14. Dans un avis médical SMR du 10 mai 2010, la Dresse F\_\_\_\_\_ (sans spécialisation indiquée) a relevé en substance que le diagnostic de séquelles chroniques et irréversibles d'un état de stress post-traumatique n'existait pas dans la CIM-10, qu'elle ne comprenait pas le critère sur lequel le psychiatre précité s'était basé pour retenir ce diagnostic et qu'en plus, il y avait une confusion avec le diagnostic de dépression récurrente d'intensité moyenne. Elle a ajouté que si cet assuré était un invalide de guerre, cela signifiait qu'il était déjà invalide lorsqu'il est venu en Suisse et que les conditions générales d'assurance n'étaient pas remplies. Elle a également indiqué qu'il existait une confusion entre le statut de réfugié et le cadre légal de l'assurance-invalidité qui allait à l'encontre des activités exercées par l'assuré jusqu'en 2003. Elle a conclu qu'il n'y avait aucun élément susceptible d'amener une modification des conclusions du rapport du SMR du 19 février 2008.
15. Dans sa réponse du 11 mai 2010, l'Office AI a conclu au rejet du recours formé par l'assuré. Par rapport au grief du recourant au sujet de l'anamnèse incomplète qu'aurait exposée le Dr C\_\_\_\_\_, il a indiqué qu'il fallait rappeler que l'anamnèse ne constituait pas le récit objectif des événements déterminants de la vie de l'assuré, mais au contraire, une démarche subjective visant à retracer les antécédents médicaux et l'historique des plaintes actuelles et d'en faire part à l'expert. Dans la mesure où la neutralité des médecins concernés n'était pas mise en cause, on ne saurait leur reprocher que leurs anamnèses ne comporteraient pas l'ensemble des circonstances paraissant importantes au recourant. L'Office AI a ajouté que le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ était plus détaillé que les autres pièces figurant au dossier et se fondait sur une étude attentive de celui-ci. Il prenait en compte la situation médicale de l'assuré dans son ensemble, aussi bien

---

objectivement que subjectivement, et reposait sur des examens complets. Les points litigieux avaient fait l'objet d'une étude circonstanciée et le rapport prenait en compte les plaintes exprimées par l'expertisé. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale était claire et les conclusions de l'expert étaient dûment motivées, de sorte qu'il convenait de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'Office AI a ajouté que la barrière linguistique ne semblait pas avoir empêché le Dr C\_\_\_\_\_ d'examiner valablement le recourant et qu'au demeurant, ce dernier ne démontrait pas en quoi consisterait les erreurs auxquelles aurait conduit cette barrière linguistique qu'il invoque. Par ailleurs, ni la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré, ni le caractère unique de l'entretien d'expertise n'étaient des critères reconnus par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. En ce qui concernait le rapport médical du Dr E\_\_\_\_\_, l'Office AI s'est référé à l'avis médical du SMR du 10 mai 2010 expliquant les raisons pour lesquelles le diagnostic posé par le médecin précité ainsi que ses conclusions devaient être écartées.

16. Par lettre de l'APAS du 21 mai 2010, le recourant a précisé que le Dr E\_\_\_\_\_ n'était pas son médecin traitant ou, à tout le moins, ne l'était pas au moment de l'expertise. Il a par ailleurs sollicité que le Dr E\_\_\_\_\_ puisse se déterminer sur l'avis du SMR du 10 mai 2010.
17. Par courrier de l'APAS du 10 décembre 2010, le recourant a indiqué que dans l'hypothèse où le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) se rallierait à l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, il n'aurait pas de mesures d'instructions supplémentaires à suggérer, que dans l'hypothèse inverse, il solliciterait l'ordonnance d'une expertise judiciaire compte tenu des avis divergents des Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ et, à défaut, demanderait que l'avis du SMR du 10 mai 2010 soit soumis au Dr E\_\_\_\_\_.
18. Par courrier du 15 décembre 2010, l'Office AI a indiqué qu'il ne sollicitait aucun acte d'instruction particulier.
19. Entendu par la Chambre de céans le 30 juin 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé son rapport du 24 mars 2010 (ch. 13 supra), en y apportant toutefois une modification : au chapitre 4, la référence F43.2 devait être remplacée par F43.1 correspondant à un état de stress post-traumatique selon la CIM-10. Le témoin a précisé qu'avant d'établir ce rapport, il n'avait pas été consulté par le recourant, mais qu'un mois plus tard, le recourant était devenu son patient.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a déclaré que l'état de stress post-traumatique diagnostiqué avait des conséquences sur les plans cognitif (d'où la référence à F84.8), thymique (d'où la référence à F32.10) et anxieux (d'où la référence à F41.0). Ce diagnostic existait depuis l'enfance du recourant.

Il a précisé que son rapport n'était pas une expertise, en précisant qu'il était désormais convaincu que la capacité de travail du recourant était nulle, quelle que soit l'activité exercée, comme cela était fréquemment le cas dans le domaine psychiatrique. Selon lui, cette incapacité totale existait, en tout cas, au moment où il avait établi son rapport du 24 mars 2010, mais devait exister déjà avant, compte

tenu du fait que, sous réserve d'une activité de neuf mois auprès de X \_\_\_\_\_, avec également un arrêt maladie, le recourant n'avait jamais exercé de vraie activité professionnelle; le recourant avait effectué divers stages grâce au chômage et dans une structure sociale telle que «Realise», lesquels, selon son expérience, ne permettaient pas d'apprécier sa capacité de travail.

Le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué avoir procédé à une anamnèse relativement détaillée, bien qu'il fût difficile d'en établir une précise, en raison de l'angoisse du recourant à parler de son enfance. Il avait été confronté à la mort de certains proches et à des visions de cadavres, ce qui constituait des éléments déterminants pour apprécier les troubles du recourant. Il y avait deux éléments supplémentaires qui devaient être pris en compte : la faim (le recourant pensait nuit et jour à trouver de la nourriture) et la honte de son extrême pauvreté; le recourant ne pouvait pas s'acheter l'habit scolaire et devait se rendre à l'école avec ses vêtements qui sentaient la sauce de poisson. Le témoin ne pensait pas que l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ mentionnait les éléments susmentionnés. L'expertise avait été correctement effectuée, mais elle ne reflétait pas la réalité de la vie du recourant avant son service militaire, lors duquel il avait eu une crise psychiatrique.

Le témoin ne considérait pas que le déménagement du recourant à Genève et les contraintes en découlant de devoir s'adapter une nouvelle fois avaient été déterminants. Le recourant ne lui en avait pas parlé particulièrement.

Le trouble dont souffrait le recourant était chronique de longue date, malgré ses fluctuations. Par rapport aux symptômes présentés par le recourant, il y avait quelque chose de particulier en plus des éléments anxieux et de tristesse : il y avait un enfermement, en ce sens que le recourant descendait régulièrement dans sa cave où il avait installé une chaise afin de s'isoler pendant un certain temps. Il s'agissait d'un élément que le témoin avait appris postérieurement à son rapport.

### **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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
4. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.  
b) 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). 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).  
c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 294 consid. 4c in fine).
5. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).  
b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a

besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

c) 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 353 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte en principe 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 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. En l'espèce, l'Office AI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre, pour retenir que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, alors que, de son côté, le recourant s'est basé sur l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre d'enfants et d'adolescents, pour soutenir qu'il était inapte à travailler dans quelque activité que ce soit.

L'examen du rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2008 révèle que l'expert a procédé à une étude circonstanciée des points litigieux, s'est fondé sur un examen complet, a pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, a décrit le contexte médical et a apprécié la situation médicale de manière claire, et, finalement, a pris des conclusions qui sont convaincantes et dûment motivées. En d'autres termes, le rapport précité du Dr C\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue.

Quant à l'avis divergent du Dr E\_\_\_\_\_, sur lequel le recourant fonde son argumentation, il consiste uniquement en une appréciation divergente des symptômes présentés par le recourant, sans faire état d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ et suffisamment pertinents pour remettre en cause l'analyse approfondie de ce dernier.

En particulier, lors de son audition, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que les éléments anamnestiques déterminants pour apprécier les troubles du recourant résidaient dans le fait que le recourant avait été confronté dans son enfance à la mort de certains proches et à des visions de cadavres, auxquels s'ajoutaient la faim et la honte de pauvreté, et qu'il pensait que le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ ne contenait pas ces éléments. Or, l'examen du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ montre qu'au contraire, l'expert a bel et bien pris en compte ces divers éléments, puisqu'il précise dans l'anamnèse que «cinq membres de la fratrie sont décédés pendant la guerre du

---

Vietnam (combats, bombardements)» (p. 2), que «l'enfance de l'assuré a été marquée par la pauvreté dans laquelle il a vécu, ainsi que par la guerre. Ainsi, son village aurait été détruit par des bombardements et il a été témoin de scènes de guerre» (p. 4). L'expert a également pris en compte l'impact de ces éléments sur le quotidien du recourant, puisqu'il a notamment indiqué que «Monsieur T\_\_\_\_\_ dit faire régulièrement des cauchemars portant sur des scènes de gens décédant pendant la guerre, de bombardements ou d'épisodes de fuite vers la Thaïlande. Il [...] dit présenter pendant la journée des souvenirs intenses portant sur les mêmes scènes, souvenirs qu'il essaie de chasser de son esprit car ils sont à l'origine d'un sentiment de détresse» (p. 5). Enfin, l'expert a intégré ces éléments dans son analyse : «Monsieur T\_\_\_\_\_ a vécu dans la pauvreté. [...] Mentionnons également les conditions de la guerre en ce sens que Monsieur T\_\_\_\_\_ a été témoin de bombardements, du fait que son village aurait été détruit et que cinq membres de sa fratrie sont décédés dans ces conditions. Ces éléments hautement défavorables ont interféré avec le processus harmonieux de mise en place de la personnalité» (p. 7). Ainsi, le reproche d'anamnèse incomplète et d'absence de prise en considération d'éléments déterminants doit être rejeté.

De même, l'appréciation divergente du Dr E\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail nulle du recourant doit être écartée au profit de celle de l'expert. En effet, le Dr E\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau et suffisamment pertinent pour remettre en cause l'analyse approfondie de ce dernier, puisqu'il se limite à émettre une opinion divergente, en considérant que le recourant n'a jamais exercé de vraie activité professionnelle et, partant, que les diverses activités exercées grâce au chômage ne permettraient pas d'apprécier sa capacité de travail. Indépendamment de l'absence d'élément nouveau pertinent, la Chambre de céans relève qu'elle ne partage pas l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ à ce dernier égard, en ce sens que, s'il est exact que les emplois exercés grâce au chômage sont effectivement temporaires, il n'est pas moins vrai qu'ils impliquaient un vrai travail et permettaient d'observer la capacité de travail du recourant avec ses limitations fonctionnelles.

S'agissant de l'élément de l'enfermement – soit du fait pour le recourant de descendre dans sa cave où il a installé une chaise afin de s'isoler pendant un certain temps – invoqué par le Dr E\_\_\_\_\_ lors de son audition, force est de constater que le Dr C\_\_\_\_\_ l'avait déjà intégré dans son analyse, sachant que, dans son rapport du 18 janvier 2008, il a fait mention d'un isolement dans les termes suivant : «[...] il préfère être seul et ne pas chercher la compagnie d'autrui [...]» (p. 6).

En définitive, faute d'indice concret permettant de douter du bien-fondé des conclusions du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2008, la Chambre de céans fait siennes ces conclusions, en particulier au sujet de la capacité du recourant à travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (ne sollicitant pas les facultés de concentration outre mesure, sans exigences insistantes de rapidité d'exécution, et ne nécessitant pas la prise d'initiatives et de responsabilités).

7. Dans la mesure où tous les aspects de l'état de santé du recourant ont été abordés de manière circonstanciée dans le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ précité et qu'à

l'appui de sa critique des conclusions de l'expertise précitée, le recourant n'apporte aucun médical nouveau, il ne justifie nullement d'ordonner une nouvelle expertise.

8. La détermination du taux d'invalidité par l'Office AI étant exempte de critique et n'étant d'ailleurs pas contestée, la Chambre de céans retiendra qu'une invalidité à la charge de l'assurance-invalidité au sens de la loi et de la jurisprudence ne peut être reconnue. Le recourant n'a donc pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
9. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.
10. Dans la mesure où le recourant succombe, l'émolument de justice, fixé au minimum légal de 200 fr., est mis à sa charge.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Le rejette.

**Au fond :**

2. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
3. 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

Le président suppléant

Marie-Catherine SECHAUD

Patrick UDRY

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