

# **GE\_GERICHTE ATAS/1190/2011 vom 30. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1190\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1190_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1190/2011 du 30 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1190/2011 del 30 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

### **E. 2.2**

et les références). Selon la jurisprudence, sont considérés comme "nouveaux" pouvant donner lieu à une révision procédurale, 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 (ATF non publié du 3 juillet 2002, H 121/02). 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, le moyen de preuve ne doit pas servir 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

A/1481/2011 - 14/19 - que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références). b) La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1er LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (ATF non publié du 3 août 2007, I 528/06 consid. 4.2 et les références). Pour déterminer le moment de la découverte du motif de révision, il ne faut pas se fonder sur la connaissance effective (subjective) par le représentant légal mandaté ultérieurement, mais il faut examiner à partir de quand la personne habilitée à demander la révision a pu avoir connaissance du motif de révision (ATF non publié du 13 mars 2007, U 120/06 consid. 4 et la référence). c) La révision procédurale produit des effets ex tunc (ATF 122 V 134, consid. 4d; ATF 129 V 211, consid. 3.2.2).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art.89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

### **E. 4**

Le litige consiste à déterminer depuis quand le recourant présente un degré d'invalidité de 100 % ouvrant droit à une rente entière de l'assurance invalidité.

### **E. 5**

a) 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

A/1481/2011 - 11/19 - 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont donc les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, 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 de l'assuré ; 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). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui

suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. b) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de

A/1481/2011 - 12/19 - gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

## **E. 6**

Selon la jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie ne joue un rôle dans l'assurance-invalidité que lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou que si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 268 consid. 3c; VSI 1996 p. 317, 320 et 323). En tant qu'elle n'est ni la cause, ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, la dépendance constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité (ATF non publié 9C\_219/07 du 3 avril 2008, consid. 3).

## **E. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 et les références). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en

procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les

A/1481/2011 - 13/19 - conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 ss). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). 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 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

## **E. 8**

a) À teneur de l'art. 53 al. 1er LPGa, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGa), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGa) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ (cf. arrêt D. du 28 avril 2005 [I 183/04], consid.

## **E. 9**

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).

#### **E. 10**

En l'espèce, pour fonder sa décision, l'intimé s'est appuyé sur les conclusions de son service médical. Il a retenu que le recourant présentait une atteinte à la santé depuis janvier 2008, lui donnant droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2009. Le recourant conteste cette appréciation et se réfère au rapport d'expertise du CEMED selon lequel il présente une incapacité totale de travail depuis mars 2003, lui donnant droit à une rente entière d'invalidité dès le 24 mars 2004.

#### **E. 11**

a) Les médecins du CEMED ont réalisé une expertise pluridisciplinaire les 17 et 23 juin 2009 à la demande de l'intimé. Au terme de leur analyse, ils sont parvenus à la conclusion claire que la capacité de travail du recourant était nulle, depuis plusieurs années sur le plan somatique et depuis mars 2003 probablement sur le plan

A/1481/2011 - 15/19 - psychique. Les limitations quant à la capacité de travail tenaient aux diminutions des facultés cognitives (attention, concentration) dues à l'imprégnation par les toxiques, surtout l'alcool, et à la diminution de la motivation due à la dépression. Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu les diagnostics de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F 10.25), de dépendance au cannabis, utilisation continue (F 12.25), de dépendance aux opiacés, actuellement en régime de substitution (méthadone) sous surveillance médicale (F 11.22), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et de trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et dépendants (F 61). L'expert psychiatre a relevé que la toxicomanie du recourant était clairement secondaire, l'utilisation des toxiques ayant été favorisée, si ce n'était provoquée, par la vulnérabilité psychique présentée dès l'enfance (terrain anxieux et affectivement dépendant). Sur le plan somatique, il a été mis en évidence une broncho-pneumopathie chronique de degré modéré contribuant largement à la dyspnée, une hypercapnie et une hypoxémie compatible avec une hypoventilation alvéolaire sévère liée d'une part à l'obésité et d'autre part à la broncho-pneumopathie obstructive chronique. La Cour relève que lors de leur expertise, les experts du CEMED ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé du recourant. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une vingtaine de pages est circonstancié. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les médecins ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée. Ils ont en outre expliqué de manière convaincante pourquoi la toxicomanie du recourant devait être considérée comme secondaire et non primaire, dans la mesure où l'utilisation des toxiques, notamment de l'alcool, avait été favorisée, si ce n'était provoquée, par la vulnérabilité psychique présentée dès l'enfance (terrain anxieux et affectivement dépendant). b) Le SMR, sous la plume du Dr V \_\_\_\_\_, a dans un premier temps considéré que l'expertise réalisée par le CEMED était convaincante et que l'incapacité de travail durable du recourant était totale depuis mars 2003. Dans un second temps, suite au recours de l'assuré contre la décision du 12 novembre 2009, le SMR, sous la plume de la Dresse Q \_\_\_\_\_, a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMED, estimant qu'elle renfermait de nombreuses discordances au niveau des diagnostics, de l'évolution et

de l'éthologie de la toxicomanie. L'intimé a donc procédé à un complément d'instruction et requis un examen clinique psychiatrique effectué au SMR. Les médecins du SMR ont retenu, au titre

A/1481/2011 - 16/19 - de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, des troubles mentaux dus à une affection physique, des troubles cognitifs moyens (F 06.7), un syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent (F 10.20) et un syndrome des jambes sans repos (G 25.8). En revanche, le syndrome de dépendance aux opiacés, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, la broncho-pneumopathie chronique obstructive de degré moyen et le status après pancréatite aiguë nécrosante étaient sans répercussion sur la capacité de travail. En conclusion, ils ont retenu que le recourant présentait une incapacité totale de travail depuis début 2008 liée à des troubles cognitifs dans la genèse desquels il fallait incriminer à la fois une toxicomanie de longue durée et une insuffisance respiratoire globale sur une broncho-pneumopathie chronique obstructive, à laquelle s'étaient ajoutés d'importants troubles respiratoires nocturnes.

#### **E. 12**

L'intimé reproche aux experts du CEMED de ne pas avoir tenu compte de la jurisprudence fédérale dans leur analyse, notamment pour retenir une toxicomanie secondaire et une incapacité de travail totale depuis 2003. A cet égard, la Cour de céans souligne que le fait de porter des appréciations juridiques n'est précisément pas de la compétence du médecin (ATFA du 4 juin 2003, cause I 748/02, consid. 4.2). Par ailleurs, les médecins du SMR ont fixé au début de l'année 2008 seulement le début de l'incapacité totale de travail du recourant, ce qui paraît douteux aux yeux de la Cour. En effet, il ressort clairement des rapports des Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ - au demeurant totalement ignorés par les médecins du SMR - que le recourant présentait une incapacité totale de travail durable bien avant janvier 2008. Les experts du CEMED ont quant à eux retenu une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2003, à l'instar de la Dresse L\_\_\_\_\_. Malgré certaines appréciations divergentes, telles que celle des médecins du SMR ou du Dr N\_\_\_\_\_ qui retient une incapacité totale de travail depuis 2004, la conclusion des experts du CEMED paraît tout à fait convaincante. A cet égard, la Cour de céans rappelle que ces derniers ont eu à disposition l'entier du dossier médical du recourant et qu'ils ont procédé à un examen clinique tant du point de vue psychiatrique que pneumologique. Les médecins du SMR, quant à eux, se sont limités à un examen clinique psychiatrique, le pneumologue donnant simplement une appréciation sur documents. Le rapport du CEMED d'une vingtaine de pages est d'ailleurs plus complet et plus étayé que le rapport du SMR. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que le rapport des experts du CEMED revêt pleine valeur probante. Quant au rapport des médecins du SMR, il s'agit en fait d'une nouvelle appréciation des mêmes faits qui se fonde sur un dossier incomplet, dès lors qu'il fait abstraction, notamment, des rapports des Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Il ne saurait donc être déterminant dans le cas d'espèce.

A/1481/2011 - 17/19 -

#### **E. 13**

En définitive, c'est donc à tort que l'intimé a retenu une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le début de l'année 2008 seulement. Au contraire, il ressort des différentes pièces du dossier et de l'expertise convaincante des médecins du CEMED que

c'est depuis le 24 mars 2003 déjà que le recourant présente une incapacité totale de travail et un degré d'invalidité de 100 % ouvrant droit à une rente entière d'invalidité.

#### **E. 14**

Compte tenu de la décision entrée en force du 18 mars 2005 par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, il convient à ce stade de déterminer depuis quand le recourant a droit à une rente entière. a) La Cour de céans constate que les experts du CEMED sont les premiers médecins à avoir mis en évidence que les dépendances multiples du recourant s'étaient développées sur un terrain psychologique particulièrement fragile caractérisé par une grande faiblesse, une anxiété sociale majeure et un comportement dépendant, non seulement par rapport aux substances toxiques dès l'adolescence, mais aussi dans sa vie affective et relationnelle. Pour la première fois, il apparaît à la lecture du rapport du CEMED que l'utilisation des toxiques, notamment de l'alcool, a été favorisée, voire provoquée, par la vulnérabilité psychique présentée par le recourant dès l'enfance (terrain anxieux et affectivement dépendant). Selon les experts, les multiples dépendances sont en effet étroitement liées à un trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et dépendants (F 61) et la toxicomanie du recourant est clairement secondaire. Ils ont expliqué que l'anxiété cliniquement significative avait vraisemblablement atteint le degré d'une véritable phobie sociale, c'est-à-dire une anxiété cliniquement significative provoquée par les stimuli sociaux accompagnée d'un comportement d'évitement dommageable, notamment dans les relations avec les partenaires potentielles. Assez rapidement toutefois, l'usage de toxiques, notamment d'alcool, était venu "noyer" l'angoisse sociale qui était passée au second plan tandis que l'utilisation des toxiques et ses conséquences délétères sur la vie sociale et la santé avait occupé le devant de la scène. Avant les experts du CEMED, aucun médecin n'avait évoqué une implication de l'état psychique du recourant dans ses multiples dépendances. Par conséquent, leur rapport du 24 juillet 2009 met clairement en évidence des faits nouveaux (anciens), au demeurant importants dès lors qu'ils permettent de retenir une toxicomanie secondaire constitutive d'invalidité. b) Les délais prévus à l'art. 67 PA ne posent pas de problème particulier. La décision entrée en force du 18 mars 2005 a en effet été notifiée il y a moins de dix ans et la découverte des faits nouveaux a eu lieu alors que le recourant avait déjà déposé sa nouvelle demande de prestations.

A/1481/2011 - 18/19 - c) Par conséquent, il convient d'admettre en l'espèce un cas de révision procédurale, laquelle produit des effets ex tunc (ATF 122 V 134, consid. 4d; ATF 129 V 211, consid. 3.2.2). Dans la mesure où le recourant a présenté de façon prolongée une incapacité de travail de plus de 40% dès le 24 mars 2003, et qu'il présentait encore à l'issue du délai d'attente une incapacité de travail de 40 % au moins, son droit à la rente est né le 24 mars 2004 (art. 29 al. 1er LAI). Dès cette date, il a dès lors droit à une rente entière d'invalidité.

#### **E. 15**

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 19 avril 2011 annulée.

#### **E. 16**

Le recourant, qui obtient gain de cause, aura droit à une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 LPA et art. 61 let. g LPGa).

**E. 17**

En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

A/1481/2011 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.