

GE_GERICHTE ATAS/312/2010 vom 15. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_312_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/312/2010 du 15 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/312/2010 del 15 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) Par ordonnance du 24 août 2009, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable. c) 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité à la suite du dépôt de sa nouvelle demande le 10 janvier 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). Quant aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles seront prises en considération pour les faits intervenus postérieurement au 1er janvier 2008.

E. 2

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 (art. 6 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

A/4443/2008 - 12/21 - traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

E. 3

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007

(aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b).

E. 4

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance- invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte

A/4443/2008 - 13/21 - d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les

caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

E. 5

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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

A/4443/2008 - 14/21 - mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la

vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

E. 6

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

A/4443/2008 - 15/21 - 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne

contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

A/4443/2008 - 16/21 - donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarter 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). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 7

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 cette disposition, 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

A/4443/2008 - 17/21 - 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. Si 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 le juge 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'un nouveau rapport médical 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 le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal 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 le jugement (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références).

E. 8

En l'espèce, l'expertise du Dr V _____ répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur deux entretiens du recourant, l'étude du dossier complet et un entretien téléphonique avec les médecins-traitants. Bien documentée et motivée, elle tient compte de façon détaillée des plaintes du recourant et les diagnostics posés sont clairement expliqués. A cet égard, l'avis très sommaire de la Dresse A _____, laquelle estime que l'état dépressif n'est que léger et non pas moyen comme l'a relevé l'expert ne saurait être retenu. De même, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert qualifiant l'épisode dépressif moyen et le trouble anxieux de comorbidité psychiatrique significative, distincts du trouble somatoforme douloureux. En effet, l'expert a expliqué qu'en général un épisode dépressif de sévérité moyenne n'était pas incapacitant durablement mais qu'en l'espèce, il était installé dans la durée et que, de ce fait, les symptômes comme la fatigue, la diminution de la motivation et les troubles cognitifs associés étaient susceptibles de diminuer le rendement par l'effet d'usure exercé sur les capacités du sujet, ce d'autant que le trouble anxieux concomitant significatif renforçait en l'espèce les effets du trouble dépressif. En conséquence, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expertise en ce sens que l'on peut exiger du recourant qu'il mette en œuvre sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail, sous réserve du fait qu'il subit, dans toute

A/4443/2008 - 18/21 - activité, une diminution de rendement de 35 % en raison de la comorbidité psychiatrique, soit l'état dépressif moyen et le trouble anxieux, laquelle est invalidante. Compte tenu de cette conclusion, il n'est pas nécessaire d'examiner si l'incapacité de travail relevée par l'expert est invalidante selon les autres critères pertinents en présence d'un trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 396). Au demeurant, il est à constater que cette incapacité de travail existait déjà depuis novembre 2003, comme l'a indiqué clairement l'expert. En conséquence, l'expert n'a pas relevé une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision de l'intimé du 7 février 2006 mais a évalué différemment la situation, en posant des diagnostics nouveaux et en admettant une

incapacité de travail de 35 % depuis novembre 2003. Il mentionne d'ailleurs que l'état clinique paraît stationnaire depuis cette dernière date. A cet égard, l'expert a expliqué pourquoi l'état dépressif et le trouble anxieux étaient anciens, en particulier s'agissant du trouble anxieux qu'il était déjà mentionné par les chirurgiens digestifs en 1992, que le test d'anxiété effectué par le Dr Q_____ montrait en réalité un score d'anxiété pathologique et que le comportement obsessionnel anxieux était tout à fait plausible. Quant à la dépression, il explique qu'elle est surtout subjective lorsqu'elle est de degré léger ou moyen et qu'elle n'est accompagnée de véritables signes objectifs que lorsqu'elle est sévère, qu'enfin les résultats des tests pratiqués par le Dr Q_____ à l'époque, étaient proches de ceux effectués lors de son propre examen. Il a expliqué pourquoi il n'y avait en réalité pas de majoration volontaire et systématique des plaintes, contrairement à ce que le Dr Q_____ avait estimé en novembre 2003. Le recourant ne manifestait pas de comportement douloureux démonstratif, était tout à fait coopérant et authentique dans ses plaintes. Quant au taux d'antidépresseur, l'expert n'a pas pu privilégier l'hypothèse d'une mauvaise observance du traitement par rapport à celle d'une élimination trop rapide. Ainsi, il apparaît que l'expertise du Dr V_____ - laquelle tient compte de l'observation de l'état de santé du recourant, notamment au moyen du dossier médical de celui-ci, sur un longue période, plus propice pour permettre de poser un diagnostic sûr et précis (cf. à cet égard ATF du 2 février 2009 9C 371/2008) - permet d'écarter la conclusion du Dr Q_____, lequel estimait que la situation du recourant était compatible avec une sinistrose, voire une simulation consciente. Ce rapport d'expertise constitue un nouveau moyen de preuve de nature à attester un fait nouveau important, soit les diagnostics posés par l'expert, lesquels entraînent une diminution de la capacité de travail du recourant de 35 % et cela depuis novembre 2003. Or, il résulte de ces éléments de faits nouveaux que les bases de la première décision de l'OAI du 7 février 2006, confirmée par le Tribunal de céans le

A/4443/2008 - 19/21 - 3 juillet 2006 (arrêt lui-même confirmé par l'ATF du 3 août 2007) comportaient des défauts objectifs. Dans la mesure où cette décision a été confirmée par l'arrêt du Tribunal fédéral le 3 août 2007, le présent arrêt ne saurait revenir sur cette période antérieure, ce d'autant que l'objet du présent litige est limité à la nouvelle demande de prestations du 10 janvier 2008. Cependant, le fait nouveau constitué par l'expertise du Dr V_____, doit être à tout le moins pris en compte dans le cadre de cette seconde demande de prestations. Au demeurant, le droit d'être entendu des parties relativement à la question de la reconsidération (cf. à cet égard ATF du 29 août 2008 9C 340/2008) doit être considéré comme respecté en l'espèce dès lors qu'elle ont eu la possibilité de s'exprimer sur le rapport d'expertise, lequel concluait clairement à un état de santé stationnaire depuis novembre 2003 (cf. à cet égard observations de l'intimé du 16 décembre 2009 p. 5 et observations du recourant du 4 janvier 2010 p. 3-4).

E. 9

a) En conséquence, il convient de calculer à nouveau le degré d'invalidité du recourant compte tenu d'une diminution de rendement de 35 % depuis le 1er novembre 2003, comme attestée par l'expert judiciaire. b) Il y a lieu pour ce faire de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, soit en novembre 2004 (art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). En effet, le 24 décembre 2003, le SMR a reconnu que les limitations somatiques du recourant étaient claires et que l'incapacité de travail avait débuté en février 2001 mais que, dès cette date, le recourant pouvait exercer une activité adaptée à

100 %, soit sans port de charges de plus de 20 kilos, sans ambiance empoussiérée ni de travail avec des animaux. L'intimé a ainsi admis que l'activité antérieure de chauffeur-livreur n'était plus exigible (décision du 7 février 2006). Il y a ainsi lieu de constater que le recourant a été reconnu définitivement incapable d'exercer son ancienne activité de chauffeur-livreur mais capable d'exercer une activité adaptée du 1er février 2001 au 31 octobre 2003, laquelle, dès le 1er novembre 2003, n'est exigible qu'à 65 % en raison d'une diminution de rendement de 35 % due aux limitations psychiques du recourant. L'échéance du délai de carence d'une année selon l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) doit ainsi être fixée au 1er novembre 2004 (cf. à cet égard circulaire sur l'invalidité et l'impotence valable à partir du 1er janvier 2004 - CIIAI - n° 2021 et CIIAI valable dès le 1er janvier 2008 n° 2011 dans laquelle une incapacité de travail inférieure à 40 % peut néanmoins faire débiter le délai de carence de un an, cas applicable en l'espèce, l'ancienne activité de chauffeur n'étant plus exigible). c) Le salaire annuel du recourant comme chauffeur-livreur chez X _____ aurait été de 60'450 fr. en 2001 (cf. questionnaire de l'employeur du 20 février 2001). Indexé à 2004 selon l'évolution des salaires (tableau B 10.2 - La Vie économique

A/4443/2008 - 20/21 - 1/2 - 2006 p. 95 groupe I transports et communication) il se monte à 63'522 fr. 60, soit 63'523 fr. (+ 2 % en 2002, + 1,6 % en 2003, + 1,4 % en 2004). Le revenu d'invalidité avait été calculé à l'époque en se fondant sur l'ESS (tableau TA1, cat. 4, secteur 2 production 10-45) soit un salaire mensuel de 4'853 fr. pour l'année 2004 et annuel de 58'236 fr. Compte tenu d'une durée hebdomadaire d'heures de travail dans le secteur secondaire de 41,3 heures en 2004, il convient d'adapter le salaire précité (calculé sur un horaire de 40 heures par semaine), lequel se monte ainsi à 60'128 fr. 70. Le taux de réduction de 10 % appliqué à l'époque peut être confirmé de sorte que le revenu d'invalidité est de 54'115 fr. 80. Il convient encore de tenir compte d'une capacité de travail de 65 %, soit un revenu annuel de 35'175 fr. Comparé au revenu sans invalidité de 63'523 fr., le taux d'invalidité est de 44,6 %, de sorte que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2003). En conséquence, le recourant aurait droit depuis le 1er novembre 2004 à un quart de rente d'invalidité. Compte tenu du fait que, comme il a été exposé ci-dessus, l'objet du présent litige ne saurait revenir sur la période antérieure au dépôt de la nouvelle demande du 10 janvier 2008, son droit naît ultérieurement. A cet égard, aux termes de l'art. 29 al. 1 dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance à l'échéance d'une période de six mois à compter de la demande de prestations alors que l'art. 48 al. 2, abrogé le 1er janvier 2008 prévoyait que les prestations étaient allouées pour les douze mois précédents le dépôt de la demande. En l'espèce, la nouvelle demande ayant été déposée le 10 janvier 2008, le droit à la rente naît au plus tôt six mois plus tard, soit le 10 juillet 2008. En conséquence, il convient de reconnaître au recourant un droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1er juillet 2008. S'agissant enfin d'une éventuelle mesure d'ordre professionnel, force est de constater qu'elle ne fait pas directement l'objet du litige (cf. décision du 6 novembre 2008) et que le recourant n'y a pas conclu, s'estimant totalement incapable de travailler.

E. 10

Partant, le recours sera partiellement admis, la décision du 6 novembre 2008 annulée et il sera dit que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1er juillet 2008. Il sera mis à la charge de l'OAI un émolument de 500 fr. ainsi qu'une indemnité de 2'500 fr., en faveur du recourant.

A/4443/2008 - 21/21 -

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