

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4443/2008

ATAS/312/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 15 mars 2010**

En la cause

Monsieur B\_\_\_\_\_, domicilié à Châtelaine, représenté par le  
CENTRE SOCIAL PROTESTANT, Madame C\_\_\_\_\_

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs.**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après le recourant), né en 1967, de nationalité albanaise, marié et père de trois enfants, est arrivé à Genève en provenance du Kosovo à l'âge de 18 ans. Il n'a aucune formation professionnelle.
2. Dès son arrivée et pendant deux ans, il a travaillé en qualité d'ouvrier en ventilation-climatisation à Genève. Il a ensuite travaillé à Orbe pendant trois ans en qualité de ferrailleur en bâtiment, responsable d'une petite équipe. Du 1<sup>er</sup> juin 1994 au 31 octobre 1995, il a exercé la profession de chauffeur-livreur auprès de X\_\_\_\_\_. Il a été inscrit à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI en 1993 puis dès le 1<sup>er</sup> novembre 1995. Dès cette date, il n'a plus occupé de poste fixe, mais il a bénéficié d'une occupation temporaire d'un an comme huissier chez Y\_\_\_\_\_ à GENEVE, puis de six mois au sein du groupe d'accueil et de service à la clientèle de Z\_\_\_\_\_S. Il ne travaille plus depuis le mois de mai 2000 et son délai-cadre du chômage a pris fin en novembre 2000.
3. En date du 12 décembre 2000, le recourant a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI). Il se plaint de douleurs au dos, de maux de tête et d'estomac, de vertiges, de fourmis dans les bras et le bas ventre. Il dit ne pas pouvoir rester assis plus d'un quart d'heure et debout plus d'une demi-heure.
4. Le 20 février 2001, le centre d'impression X\_\_\_\_\_ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur en mentionnant que le recourant avait réalisé un salaire de 4'350 fr. par mois depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995 et qu'il gagnerait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001 4'650 fr. par mois.
5. Le Dr L\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant depuis juin 1992, a attesté une incapacité de travail totale chez l'assuré depuis le 22 janvier 2001. Il a diagnostiqué dans son rapport du 30 mars 2001 une rhinite chronique à composante allergique (poussière, moisissure, chien et chat) depuis 1992, des lombalgies sur ancienne maladie de Scheuermann depuis 1993 et un status après cure de hernie inguinale droite depuis 1992, avec séquelles sous forme de douleurs au pli inguinal droit au moindre frottement et irradiation dans la cuisse droite. Le recourant peine à marcher plus de 400 à 500 mètres. Il a prescrit une physiothérapie pour les douleurs lombaires et un traitement antiallergique avec cure de désensibilisation. Son pronostic était bon si une réadaptation professionnelle était possible. Il a estimé que l'assuré pouvait exercer un travail sans port de charges lourdes ni poussière huit heures par jour, sans diminution de rendement. Dans ses certificats antérieurs des 8 janvier 1999 et 7 décembre 2000, ce médecin n'avait pas attesté d'incapacité de travail pour le recourant, mais une impossibilité de faire un travail trop lourd ou dans un environnement poussiéreux.

6. Le 24 août 2001, le Dr M\_\_\_\_\_, radiologue, a procédé à un scanner lombaire sur le recourant, jugé normal. Il ne note pas d'hernie discale L3-L4, L4-L5 et L5-S1, mais uniquement un calibre canalaire lombaire à la limite inférieure de la norme au niveau L3-L4, pouvant éventuellement expliquer une cruralgie droite irritative, sans toutefois d'œdème radiculaire.
7. Interpellé par l'OAI, le Dr N\_\_\_\_\_, neurochirugien, a estimé, selon lettre du 19 septembre 2001, que le recourant pouvait exercer une activité sédentaire à 100%. Un travail d'accueil coursier n'était à son avis cependant pas possible. Il a joint à ce courrier les résultats de l'examen clinique qu'il avait pratiqué le 11 septembre 2001, lesquels font ressortir que l'assuré est quasi inexaminable, avec peut-être un syndrome vertébral, sans signe de compression radiculaire, aucun déficit moteur, un déficit sensitif global au niveau du bas ventre des deux côtés, les réflexes restant vifs et symétriques. Ce médecin évoque la possibilité d'une sinistrose. A ce courrier sont annexés différents documents en lien avec l'opération de l'hernie inguinale en 1992.
8. Le Dr O\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OAI, a précisé, dans une note du 28 septembre 2001, que malgré la discopathie lombaire, le recourant a travaillé normalement et que cette discopathie n'a pas pu se modifier depuis car l'assuré ne travaille plus depuis en certain temps.
9. Aux termes du rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI du 13 novembre 2001, l'Office a décidé de soumettre l'assuré à un stage COPAI au CENTRE D'INTEGRATION PROFESSIONNELLE (CIP).
10. Le stage a été fixé du 4 au 31 mars 2002. Toutefois, l'assuré, qui s'est présenté le 4 mars au CIP, a quitté les lieux en fin de matinée car il ne se sentait pas bien. Il a présenté un certificat médical de son médecin traitant attestant d'une incapacité de travail totale dès cette date.

L'OAI a dès lors décidé d'annuler le stage et a mis un terme à la mesure.

11. Dans son rapport 8 mai 2002, le médecin traitant a constaté une aggravation de l'état de santé du recourant et un changement de diagnostic, en ce que seul l'ulcère duodénal a une influence sur la capacité de travail de son patient, dans une mesure de 100% dès le 4 mars 2002. Il a considéré que le recourant était en incapacité de travail totale, tant dans le poste occupé auparavant que dans une autre activité adaptée, mais il a envisagé une possible reprise du travail de son patient dans les trois ou quatre mois. Il n'a pas estimé qu'une prise en charge psychiatrique était nécessaire. Il a toutefois considéré qu'un examen médical complémentaire était lui nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

12. La division de la réadaptation professionnelle de l'OAI a décidé, en date du 23 mai 2002, de clôturer son mandat de réadaptation, compte tenu de l'interruption du stage COPAI et de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Elle retient, sous diagnostic, une possible sinistrose et relève que le médecin traitant, lors d'un entretien téléphonique, lui a confirmé une aggravation de l'état de santé de son patient en raison de la découverte d'un ulcère duodéal et une gastrite à hélicobacter pylori.
13. Dans un rapport du 15 juin 2002, le médecin traitant a constaté une amélioration de l'état de santé du recourant sous traitement de supramox, klacid et antra, pour les problèmes gastriques. Il a préconisé la poursuite du traitement à l'antra, avec un bon pronostic, et envisagé une reprise du travail du recourant à 100% dans les deux à trois mois.

Aucun certificat médical n'est produit après cette date.

14. Dans un avis du 24 février 2003, le Dr P\_\_\_\_\_ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a considéré que les limitations fonctionnelles somatiques du recourant semblaient claires, compte tenu de l'avis du médecin traitant concernant une capacité de travail de 100 % dans une activité sédentaire. Dans cette mesure, les activités exercées par l'assuré dans le cadre de l'assurance-chômage devaient pouvoir être exercées à plein temps. S'agissant du diagnostic de sinistrose, il lui a paru indispensable de requérir une expertise psychiatrique confiée au Dr Q\_\_\_\_\_.
15. Cet expert psychiatre du CENTRE MEDICAL DE PSYCHOTHERAPIE COGNITIVE (ci-après CMRC) a établi, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise psychiatrique en date du 21 novembre 2003. Le patient mentionnait des cruralgies à droite avec irradiation dans le pénis et les testicules, des lombalgies et cervicalgies, des céphalées atypiques et des picotements au niveau nasal, de même que des plaintes digestives dont des épigastralgies chroniques. Ces douleurs affecteraient son moral. Il se plaignait d'importants troubles du sommeil en lien avec les lombalgies, ce qui l'amenait à rester au lit jusqu'à 13h. Il serait également plus irritable, ce qui l'obligeait à sortir de chez lui, parfois toute la journée, pour "passer ses nerfs". Selon l'expert, les plaintes algiques étaient mal systématisables et très atypiques, n'avaient visiblement aucune signification tant dans leur distribution que dans leur caractère intrinsèque d'ordre anatomo-physiologique. Elles semblaient plus apparentes que réelles, variant au cours du temps, disparaissant par instant ou réapparaissant à d'autres endroits, si l'on surprenait l'attention du patient ou si l'on agissait sur sa suggestibilité. Le discours paraissait à l'expert souvent très inauthentique et le flou dans les propos semblait répondre à un but utilitaire. Bien que le patient se décrivît comme un grand "invalidé", il ne paraissait pas algique, pouvant rester assis pendant tout l'entretien, à l'exception d'une sortie aux toilettes liée à la mention d'une douleur, se déplacer, écrire de la main droite, enlever sa veste, son pull, se rhabiller sans aucune difficulté apparente.

Enfin, les plaintes psychiques ne remplissaient pas les critères pour un état dépressif majeur ou un trouble anxieux spécifique : pas d'éléments clairs pour des épisodes de panique, une anxiété généralisée, des phobies simples, claustrophobie, de phobie sociale, de sang, de troubles obsessionnels compulsifs, ni arguments en faveur d'un état de stress post-traumatique. Pendant l'entretien, le recourant n'exprimait ni abattement ni appréhension et ne pleurait à aucun moment. L'expert a mis en évidence une absence d'antécédents de maltraitance, de troubles psychologiques de l'enfance ou de l'adolescence, ou d'un terrain de vulnérabilité constitutionnelle. Les rapports médicaux ne laissaient apparaître aucun trouble psychologique significatif et le patient n'avait jamais bénéficié d'un traitement antidépresseur léger. En ce qui concernait un trouble somatoforme douloureux, l'expert a relevé que les plaintes somatopsychiques ne se greffaient pas sur une histoire particulièrement douloureuse ou une morbidité psychiatrique majeure. Il ne semblait pas y avoir de désinsertion de l'environnement familial ou social. L'assuré avait ainsi de bons et fréquents contacts avec un jeune cousin, qui l'aiderait à effectuer des démarches administratives. L'ensemble paraissait plus compatible avec une sinistrose, voire une simulation consciente. L'expert n'a préconisé aucune mesure médicale, éventuellement un antidépresseur léger pour une amélioration de la qualité de vie du recourant. Il a conseillé d'éviter la multiplication des investigations ou des gestes chirurgicaux, sous peine de pérenniser le rôle de malade, créant un risque d'iatrogénéisation majeur. S'agissant de l'activité exercée jusqu'alors, l'expert a constaté qu'elle était exigible d'un point de vue psychiatrique, avec une limitation de moins de 20%, une capacité résiduelle de travail de plus de 80 % existait dans toute activité adaptée. La diminution de rendement représentait un maximum de 20%, depuis décembre 2000. L'état du recourant a été jugé objectivement stationnaire. Avec de la motivation, le recourant pourrait s'adapter à son univers professionnel, selon l'expert, qui ne prônait aucune mesure de réadaptation professionnelles vu l'absence de demande motivée de l'intéressé en ce sens ni aucun traitement psychiatrique. Selon lui, toute autre activité était possible si elle était compatible avec la volonté du recourant, sa motivation et ses compétences, sans diminution de rendement et en étant exercée à plus de 80%.

16. Par décision du 17 août 2004, l'OAI a considéré que l'activité de chauffeur-livreur n'était plus exigible de l'assuré et a estimé qu'une activité adaptée, par exemple en qualité d'ouvrier dans la production industrielle légère, pouvait être exercée par lui. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité a été fixé à 13 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité. L'OAI a ainsi rejeté la demande de l'assuré. Il a confirmé ce rejet par décision sur opposition du 7 février 2006.
17. Par acte du 10 mars 2006, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision attaquée, à la réouverture de l'instruction et la mise en œuvre d'une expertise médicale confiée à un centre type COMAI ou au Centre de la douleur ou à tout autre médecin fondé à se prononcer

sur l'ensemble de ses problèmes somatiques, puis à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a allégué que ses troubles "connus" étaient bien réels, sans mentionner une aggravation de son état. Il a contesté la valeur probante de l'expertise du 21 novembre 2003, relevé que l'interruption du stage COPAI était due à un problème de santé attesté par certificat médical, de sorte que cet événement ne pouvait être retenu en sa défaveur.

18. Par arrêt du 3 juillet 2006 (ATAS/629/2006), le Tribunal de céans a rejeté le recours et a confirmé la décision du 17 août 2004, refusant toute rente d'invalidité au recourant. Le Tribunal de céans a, en particulier, confirmé la valeur probante de l'expertise psychiatrique de 2003, et a confirmé le degré d'invalidité de 13%.
19. Par acte du 11 septembre 2006, le recourant a déposé un recours de droit administratif auprès du TRIBUNAL FEDERAL DES ASSURANCES (ci-après le TFA).
20. Par arrêt du 3 août 2007, le TFA a rejeté le recours.
21. En date du 10 janvier 2008, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestation d'invalidité, auprès de l'OAI, en raison de "maladies" sans donner plus de détails. Il a sollicité une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession, une rééducation dans la même profession et un placement.
22. Par courrier du 23 janvier 2008, le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a indiqué que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé, et qu'une aide au placement serait nécessaire.
23. Par courrier du 13 février 2008, le Dr S\_\_\_\_\_, médecin-traitant et psychiatre, a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère, des troubles somatoformes douloureux, ainsi qu'une modification de la personnalité. Le Dr S\_\_\_\_\_ a, de plus, indiqué qu'il conviendrait de faire examiner le recourant par un complément d'expertise, car son état de santé s'aggravait.
24. Dans un complément de rapport du 3 mars 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé du recourant s'était aggravé de façon évidente et grave, depuis le dernier trimestre 2007. Les limitations étaient d'ordre psychophysique, avec une vie mentale caractérisée par une dépersonnalisation, une obnubilation, une hypnoïde, une confusion, un automatisme, et un apragmatisme. Selon le médecin-traitant, le recourant était actuellement dans une retraite quasi-totale, tout se passait comme s'il était "hospitalisé" à domicile.
25. L'OAI a, dans ce contexte, demandé au Dr Q\_\_\_\_\_ un complément d'expertise. En date du 12 août 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport d'expertise. Le rapport se fonde sur un entretien avec le recourant, sur l'expertise du 21 novembre 2003, ainsi que les documents versés par l'OAI. Le

recourant a évoqué de multiples plaintes physiques, ubiquitaires, mal systématisables ; une fatigabilité; un état psychique "bizarre"; il a déclaré "*ne se sentir pas bien, parfois rester chez lui à ne rien faire*".

L'examen clinique décrit le recourant comme une personne n'ayant pas de problèmes à se déplacer, ne paraissant ni algique, ni limité dans ses mouvements. Dès que les questions sont plus précises face à ses demandes de réhabilitation professionnelle, le recourant devient très approximatif et se contredit. Le tableau clinique est très difficilement systématisable. On ne retient pas de dépression marquée. Celle-ci paraît fluctuante. Dans les faits, il est très difficile de savoir réellement de quoi l'expertisé se plaint, puisque celles-ci varient d'un moment à l'autre durant l'examen clinique. Le recourant se sent essentiellement limité par ses douleurs, surtout des cruralgies droites avec irradiation testiculaire et des céphalées, parfois il déclare aller bien; il expose que certains jours il pourrait tout faire, certains jours il ne pourrait "pas" faire. Lorsque l'expert l'interroge sur ses motivations face à une reprise de l'activité professionnelle, le recourant répond "*j'attends que l'assurance-invalidité me propose quelque chose, me donne un emploi, on verra bien si je peux le faire.*" En conclusion, selon l'expert, le tableau clinique est en définitive moins "pathologique" que lors de la première expertise. Les plaintes physiques sont beaucoup plus circonscrites et les symptômes psychiques sont moins importants. Les courriers du Dr S\_\_\_\_\_ n'apportent pas d'éléments nouveaux, puisqu'il retient différents diagnostics sans véritablement apporter d'éléments très probants. Il ne fait que suivre la direction des plaintes de son patient. L'expert maintient les conclusions de la première expertise, qui sont toujours d'actualité. Il ne pose que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié dans le cadre d'une probable névrose de rente. La capacité de travail est de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations physiques, à savoir des cruralgies, et à ses compétences. Selon l'expert, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables, en l'absence de véritable demande motivée de la part du recourant.

26. Par avis du 2 septembre 2008, le SMR a indiqué qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique et de cumul des critères de sévérité selon la jurisprudence en vigueur, il ne pouvait admettre la présence d'une affection incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, et devait conclure comme par le passé à une capacité entière, dans toute activité, depuis toujours. Les cruralgies évoquées par l'expert n'étaient pas documentées par le médecin somaticien, et ne pouvaient être retenues comme incapacitantes.
27. Par projet de décision du 8 septembre 2008, l'OAI a refusé toute prestation au recourant, au motif que selon le rapport d'expertise du 12 août 2008, ce dernier ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. En effet, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi. La capacité de travail du recourant était entière dans toute activité.

28. Par courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2008, le recourant a contesté le projet de décision, car, selon lui, les affections somatique et psychologique dont il souffrait nécessitaient une prise en charge de l'assurance-invalidité. Il a, de plus, ajouté qu'il ne sollicitait pas de rente, mais une aide de l'OAI afin qu'il puisse trouver un travail, dans lequel il puisse travailler confortablement avec ses handicaps.
29. Par décision du 6 novembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé toute prestation.
30. Par courrier du 5 décembre 2008, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans, concluant à l'annulation de la décision litigieuse, à la reconnaissance d'une incapacité de travail complète, ainsi qu'à l'octroi d'une rente, avec suite de frais et dépens.
31. Dans un complément de recours datant du 11 février 2009, le recourant a produit quatre documents de ses médecins traitants.

- Le premier est un rapport des HUG, département de psychiatrie, programme dépression, du 13 octobre 2008, effectué par le Dr T\_\_\_\_\_, psychiatre, diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, un trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif (rituel obsessionnel) au premier plan, ainsi qu'un trouble somatoforme avec syndrome douloureux persistant).

- Le second est un courrier du Dr S\_\_\_\_\_, datant du 17 décembre 2008, dans lequel il explique ne pouvoir fournir aucun document clinique au sujet du recourant, étant donné que l'avis de l'expert primait celui du médecin traitant.

- Le troisième est un rapport du Dr U\_\_\_\_\_, psychiatre, du 2 février 2009. Les diagnostics retenus sont un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, un trouble anxieux, sans précision, ainsi qu'un trouble somatoforme avec syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon ce médecin, l'ensemble des troubles somato-psychiques et la désinsertion sociale consécutive ne permettent actuellement pas au recourant d'assurer une quelconque activité lucrative. Le pronostic du recourant est réservé et celui-ci devrait pouvoir bénéficier d'une rente d'invalidité entière.

- Le quatrième est un certificat du Dr T\_\_\_\_\_ du 11 février 2009, diagnostiquant un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, un trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif (rituels obsessionnels) au premier plan, ainsi qu'un trouble somatoforme avec syndrome douloureux somatoforme persistant.

32. Dans sa réplique du 13 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours, et à la confirmation de la décision litigieuse en invoquant la jurisprudence relative à la

valeur probante des pièces médicales, en particulier des expertises. De plus, il invoque qu'aucun argument ne permet une nouvelle appréciation du cas, et que l'arrêt précédent a autorité de chose jugée. L'avis du SMR, en annexe, indique que "somme toute, l'épisode dépressif sévère durable au sens de l'assurance-invalidité ne peut être retenu; en cours de suivi au programme dépression, le recourant présente, en effet, un amendement partiel, alors qu'une médication efficace est encore en cours d'administration. Le trouble obsessionnel compulsif que le recourant présenterait n'est pas étayé/documenté. Il est difficile de concevoir que son psychiatre traitant pendant des années, ainsi que le Dr U\_\_\_\_\_ et l'expert psychiatre soit passé à coté d'une pathologie si sévère. Cette entité clinique ne peut être raisonnablement retenue en l'état. Rien ne permet de modifier les conclusions du SMR; la capacité de travail du recourant doit être considérée comme entière, depuis toujours, sans baisse de rendement, sans limitations fonctionnelles, quelle que soit l'activité."

33. Dans sa duplique du 3 avril 2009, le recourant indique que malgré leur qualité de médecins traitants, toute valeur probante ne saurait être enlevée aux trois avis des Drs S\_\_\_\_\_, T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, d'une part car ils sont spécialistes psychiatres, et d'autre part, car ils se sont prononcés de manière cohérente puisque leur avis semblent converger sur l'état de santé du recourant, ainsi que sur sa capacité de travail. Ces avis font, donc, porter un doute sur la pertinence des conclusions de l'expert mandaté par l'OAI, c'est pourquoi le recourant conclut à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée. Par ailleurs, l'expert ne s'est pas prononcé quant aux critères relatifs au caractère invalidant de l'affection médicale, telle la désinsertion sociale, ou l'éventuelle cristallisation de l'état psychique. Ainsi, et contrairement à ce qu'affirme l'OAI, il faut admettre que le recourant apporte la preuve d'une détérioration de son état de santé, postérieure à la première de demande à l'assurance-invalidité.
34. Considérant les divergences au sujet de l'état de santé de la recourante, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique confiée au Dr V\_\_\_\_\_, psychiatre.
35. Le 5 décembre 2009, l'expert a rendu son rapport, basé notamment sur l'examen du recourant les 13 et 27 octobre 2009, un contact téléphonique avec les Drs W\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ et une analyse du taux de Surmontil.

L'assuré se plaignait de symptômes physiques depuis 1992 (douleurs, trouble de la sensibilité du bas-ventre, vertiges, sensation de chaleur, troubles de l'équilibre avec parfois des chutes brusques) puis plus tard d'irritabilité, de baisse de l'humeur, de tristesse, de découragement, de fatigue, d'incapacité à prendre du plaisir et de repli social.

Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F 45.1), d'épisode dépressif moyen (F 32.1) et d'autre trouble anxieux mixte (F 41.3). Le taux d'antidépresseur testé était inférieur aux valeurs attendues mais cela pouvait être dû tant à une mauvaise compliance au traitement qu'à une élimination trop rapide sans que l'une des deux hypothèses puisse être privilégiée. L'état de santé était résistant au traitement et le trouble somatoforme représentait le cœur de la pathologie. Sur le plan physique au sens strict, l'expertisé pourrait exercer toute activité adaptée à son état physique à 100 %, avec un rendement diminué de 35 % du fait du trouble dépressif et du trouble anxieux. L'évaluation de l'invalidité éventuelle spécifiquement imputable au trouble somatoforme relevait des critères juridiques du Tribunal fédéral, qu'il ne lui appartenait pas d'apprécier. Le trouble dépressif et le trouble anxieux, diagnostics nouveaux par rapport à l'expertise de novembre 2003, déterminaient ensemble une baisse durable du rendement de l'ordre de 35 % dans toute activité. Ils constituaient une comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Les limitations actuelles remontaient à novembre 2003.

36. Le 15 décembre 2009, la Dresse A \_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical selon lequel elle ne partageait pas l'avis de l'expert en ce sens qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique mais uniquement un état dépressif léger et autre trouble anxieux mixte. Par ailleurs, il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, une évaluation psychodynamique n'avait pas été faite, il n'y avait pas d'atteinte somatique sans rémission durable, ni d'échec des traitements car il n'existait pas de traitement curateur du syndrome douloureux somatoforme. La sévérité du trouble psychique et ses répercussions sur la capacité de travail étaient surévaluées, l'expertise n'était pas suffisante pour convaincre de l'existence du trouble somatoforme douloureux suffisamment grave pour qu'il ne puisse être surmonté. En conséquence, les conclusions des avis antérieurs du SMR étaient toujours valables.
37. Le 16 décembre 2009, l'OAI a observé que l'état dépressif moyen et le trouble anxieux ne pouvaient être qualifiés de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux, que le recourant ne présentait pas de limitations fonctionnelles somatiques, que l'état psychique n'était pas cristallisé car le recourant n'était pas compliant, qu'il ne subissait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, que l'on pouvait exiger du recourant qu'il surmonte ses douleurs pour réintégrer le monde du travail, qu'en toute hypothèse une incapacité de travail de 35 % n'ouvrait pas de droit à une rente, qu'une mesure de reclassement ou d'orientation professionnelle serait disproportionnée au regard du coût et du résultat prévisible.
38. Le 4 janvier 2010, le recourant a observé que l'expert avait admis une comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux, un état psychique cristallisé, un processus maladif s'étendant sur la durée et l'échec des traitements conformes aux règles de l'art, tout en laissant ouverte la question de la perte d'intégration sociale, qu'il n'avait de façon regrettable pas évalué les conséquences du trouble

somatoforme douloureux sur la capacité de travail, qu'il convenait d'admettre une incapacité de travail totale, que son état de santé s'était détérioré depuis novembre 2003 puisqu'étaient signalés par l'expert un épisode dépressif moyen et un trouble somatoforme anxieux mixte.

39. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852). Quant aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, elles seront prises en considération pour les faits intervenus postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

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

---

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).

3. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> 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).

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

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], 4<sup>e</sup> 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).

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

---

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 1<sup>er</sup> 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'invalidité 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 permettraient 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).

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

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 LPG), 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

---

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'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).

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).

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

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).

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

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 une 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

---

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).

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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> février 2001 au 31 octobre 2003, laquelle, dès le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> novembre 2004 (cf. à cet égard circulaire sur l'invalidité et l'impotence valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 - CIIAI - n° 2021 et CIIAI valable dès le 1<sup>er</sup> 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

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'invalidé 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'invalidé 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 1<sup>er</sup> janvier 2003).

En conséquence, le recourant aurait droit depuis le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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.

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 1<sup>er</sup> 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.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 6 novembre 2008.
4. Dit que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008.
5. Met un émolument de 500 fr. à charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de 2'500 fr.
7. 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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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