

# **GE\_GERICHTE ATAS/175/2018 vom 5. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_175\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_175_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/175/2018 du 5 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/175/2018 del 5 marzo 2018

## **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 - 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**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable, respectivement si sur la date de début du droit au paiement de la rente.

### **E. 5**

a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

A/4211/2017 - 16/24 - Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

## **E. 6**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

A/4211/2017 - 17/24 -

## **E. 7**

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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

## **E. 8**

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. Le juge ne s'écarter 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 351 consid. 3b/aa et les références). Un rapport du SMR, au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de

A/4211/2017 - 18/24 - porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## **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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

#### **E. 10**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985

A/4211/2017 - 19/24 - p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

#### **E. 11**

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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

#### **E. 12**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. 1 LPGA.

### **E. 13**

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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la

A/4211/2017 - 20/24 - même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

### **E. 14**

a. En l'espèce, le recourant a contesté, déjà au stade de l'audition après communication du projet d'acceptation de rente, la date retenue par l'intimé (1er décembre 2013) pour fixer le jour dès lequel l'assuré a présenté une incapacité de travail durable au sens de l'art. 28 LAI, estimant qu'à teneur du dossier et des pièces médicales produites, cette date devait être fixée au 1er décembre 2012, soutenant à cet égard que la date retenue par les experts de la CRR (décembre 2013) ne reposait sur aucune base médicale. Contrairement à ce que les experts avaient retenu, une décompensation survenue en décembre 2013, aucun document médical versé au dossier ne faisait état d'une telle décompensation, à ce moment-là, ni même du moindre événement médical particulier à cette époque. Il suggérait d'ailleurs que le rapport d'expertise puisse comporter une erreur de plume (2013 au lieu de 2012). Le SMR ayant considéré, en mars 2017, que l'assuré n'apportait dans le cadre de l'audition, aucune nouvelle pièce médicale qui n'aurait pas déjà été évaluée par le SMR, il en restait à son avis précédent, entérinant les conclusions des experts de la CRR, l'OAI l'ayant suivi et rendu sa décision d'octroi de rente, conforme au projet de décision du 1er septembre 2016, le recourant a repris son grief au stade du recours. b. Dans le cadre de sa réponse, l'intimé ayant une nouvelle fois soumis le dossier au SMR, ce dernier, après avoir réexaminé l'ensemble du dossier a finalement conclu que les conclusions des experts de la CRR du 8 juin 2016 ne pouvaient être suivies en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, laquelle devait être fixée en décembre 2012. Ayant suivi l'avis de son service médical, l'intimé a en conséquence déterminé la date du début du droit au versement de la rente au 1er octobre 2014, au lieu du 1er décembre 2014, la date déterminante n'étant plus fixée en fonction de l'échéance du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 lettre c LAI, mais 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, soit dès le jour du dépôt de la demande de prestations (le 22 avril 2014), respectivement au début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). Le recourant a confirmé lors de son audition qu'il admettait donc la proposition de l'OAI, de fixer la date litigieuse au 1er décembre 2012, comme il y concluait dans son recours. Cette question n'est donc plus litigieuse, et le recours sera admis sur ce

point.

## E. 15

En revanche le recourant n'est pas d'accord avec les conclusions que l'OAI tire de cette rectification de la date déterminant le début de son incapacité durable de travail : il estime pouvoir bénéficier du versement rétroactif de sa rente, invoquant, lors de sa contestation du projet de décision (courrier du 3 octobre 2016) qu'il n'avait pas sollicité les prestations déjà en 2012, à l'époque où sa capacité de travail

A/4211/2017 - 21/24 - était réduite, car il ne savait pas qu'une incapacité partielle de travail « existe légalement », et que son médecin ne lui avait rien dit à ce sujet. Lors de son audition par la chambre de céans, il a persisté dans son argumentation, estimant que, dans son cas particulier, il devrait réunir les conditions pour obtenir des prestations pour une période antérieure à celle proposée par l'OAI. Il se prévalait d'un extrait de doctrine, lequel, se référant aux directives de l'OFAS, mentionne que les prestations peuvent continuer d'être allouées rétroactivement au-delà du délai de six mois, lorsque l'ayant droit ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à la prestation et qu'il présente sa demande dans les six mois à partir du moment où il en a eu connaissance (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) commentaires thématiques – Schulthess 2011, Naissance du droit à la rente – Atténuation du principe. [ch. 2191 p.592] ). Il s'agit donc d'examiner si son objection est fondée et s'il ne peut se prévaloir du principe qu'il invoque. La 5e révision de la LAI a notamment abrogé l'ancien art. 48 LAI, dont la teneur était la suivante jusqu'au 31 décembre 2007 : « Le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24, al. 1, LPGA (al.1). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al.2) ». L'extrait de doctrine produit par le recourant lors de l'audience de comparution personnelle du 19 février 2018, indique : « Selon le chiffre Ch. 2028 CIIAI, les prestations peuvent continuer d'être allouées rétroactivement au-delà du délai de six mois, lorsque l'ayant droit ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à la prestation et qu'il présente sa demande dans les six mois à partir du moment où il en a eu connaissance. Il s'agit de la transposition de l'ancien art. 48 al. 2 2e phrase LAI abrogées lors de la 5e révision de l'AI qui prévoyait que les prestations pouvaient être allouées au-delà des douze mois précédant le dépôt de la demande lorsque l'ayant droit ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à la prestation et présenté sa demande dans les douze mois à partir du moment où il en a eu connaissance. Cette règle n'a en revanche pas disparu pour ce qui concerne les allocations pour impotent de l'AVS (art. 46 al. 2 LAVS) [voir note 3230 et ss] Dans l'AI, il n'existe donc plus de base légale claire et nette à l'appui de la position de l'OFAS. Jusqu'au rétablissement de l'art. 48 LAI prévu par la 6e révision de l'AI, il en va de même pour ce qui concerne une demande tardive d'allocation pour impotent. » (Valterio, op.cit. ch. 2191 p.592). Cet extrait s'inscrit toutefois dans le chapitre consacré à la naissance du droit à la rente, dans le cadre duquel l'auteur rappelle que l'art. 29 LAI, sous son titre marginal « Naissance du droit et versement de la rente », a été remanié dans le cadre de la 5e révision de l'AI. Or, sous l'empire de l'ancien droit, cette disposition

A/4211/2017 - 22/24 - visait la naissance du droit à la rente, qui est désormais réglée à l'art. 28 al. 1 lettres b et c LAI. Ainsi, cette disposition modifiée, hormis son alinéa 2 qui indique

que le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière, ne s'applique pas à la naissance du droit à la rente (art. 28 al. 1 litt. b et c LAI), mais au début de son versement. Si les conditions de l'art. 28 sont données, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de ce moment-là (art. 29 al. 1 LAI). L'auteur observe que la teneur de l'art. 29 al. 1 LAI s'explique par l'abrogation de l'art. 48 LAI lors de la 5e révision. Considérant qu'il convenait d'encourager davantage les assurés à déposer le plus tôt possible une demande à l'AI, notamment en cas de maladie prolongée, ceci afin de préserver leur éventuel droit à une rente, mais de donner aussi à l'AI la possibilité d'intervenir à un stade précoce en mettant en œuvre des mesures de réadaptation, le législateur a considéré que la possibilité d'un versement rétroactif tel que le prévoyait l'art. 48 LAI n'était plus justifié. Désormais, selon le nouvel art. 29 al. 1 LAI, la rente peut être versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance, mais 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. Le paiement rétroactif de rentes dues, mais non versées, est quant à lui réglée par l'art. 24 al. 1 LPGa (voir à ce sujet VALTERIO, op.cit. p. 591 A. Généralités). Poursuivant son exposé, l'auteur évoque le principe régissant le début du versement de la rente selon l'art. 29 al. 1 LAI, suivi du paragraphe intitulé « atténuation du principe », visé par le recourant, cité ci-dessus. Il convient de garder à l'esprit que ce commentaire date de 2011, et si l'auteur observe, à la fin du paragraphe visé par le recourant, qu'il n'existe donc dans l'AI plus de base légale claire et nette à l'appui de la position de l'OFAS, il indique que jusqu'au rétablissement de l'art. 48 LAI, prévue par la 6e révision de l'AI, il en va de même pour ce qui concerne une demande tardive d'allocation pour impotent. L'art. 48 LAI dont il est question a été réintroduit par l'entrée en vigueur (première phase) de la 6e révision, le 1er janvier 2012 ; il a la teneur suivante : « Si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGa, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (al.1). Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : a. il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations; b. il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (al.2) ». Ainsi, selon le nouvel art. 48 LAI, les prestations visées ne concernent que l'allocation pour impotent, les mesures médicales ou des moyens auxiliaires, mais non plus, de manière générale comme par le passé, l'ensemble des prestations de l'assurance-invalidité, et notamment pas les rentes.

A/4211/2017 - 23/24 - Dans un arrêt concernant une cause genevoise, le Tribunal fédéral a considéré que depuis l'entrée en vigueur de l'art. 29 al. 1 LAI au 1er janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente postérieurement à cette date ne peut donc pas réclamer une rente d'invalidité pour la période de douze mois précédant le dépôt de sa demande (voire pour une période antérieure, en vertu de l'art. 48 al. 2 aLAI). Il ne peut plus en effet se fonder sur l'art. 48 aLAI pour sauvegarder ses droits au sens de cette disposition, puisque celle-ci n'est plus applicable au moment du dépôt de sa demande (dans ce sens, Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2ème éd., 2010, ad art. 29 LAI p. 361). Tout au plus, peut-on se demander si la solution adoptée par la pratique administrative, selon laquelle l'art. 29 al. 1 LAI ne s'applique pas dans les cas où le délai d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI ; jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b aLAI) a commencé à courir avant le 1er janvier 2008, lorsque la demande de

prestations a été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard (cf. Lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS du 12 décembre 2007), est admissible. Cette règle spéciale, qui tient en quelque sorte compte de la possibilité prévue à l'art. 48 al. 2 aLAI de sauvegarder ses droits par le dépôt d'une demande de prestations dans les douze mois après la naissance du droit à la rente pour une période d'une année après l'abrogation de cette disposition, n'a pas à s'appliquer lorsque la demande de prestations a été présentée postérieurement au 31 décembre 2008, sous peine d'ôter tout effet à l'art. 29 al. 1 LAI (voir aussi, la Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011). Dans la mesure où la recourante invoque l'arrêt 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011, selon lequel l'art. 29 al. 1 LAI n'est pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (consid. 4.1), il convient de préciser que ces considérations ne sont valables que pour autant que la demande de rente ait été déposée jusqu'au 31 décembre 2008, mais non pour les situations où, comme en l'espèce, ladite demande a été présentée postérieurement à cette date (soit une fois écoulés les douze mois prévus par l'art. 48 al. 2, première phrase, aLAI) (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012, 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3). Ainsi le principe invoqué par le recourant ne lui est d'aucun secours. Ayant dès lors déposé sa demande de prestations en avril 2014, c'est donc à juste titre que l'intimé, ayant admis en définitive de fixer la date début de l'incapacité de travail au 1er décembre 2012, c'est à juste titre qu'il propose de ramener le début du droit au paiement de la rente au 1er octobre 2014.

#### **E. 16**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, le droit du recourant au paiement de la rente complète d'invalidité qui lui a été allouée étant fixé au 1er octobre 2014 au lieu du 1er décembre 2014. La décision entreprise est donc modifiée dans ce sens et confirmée pour le surplus.

#### **E. 17**

Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/4211/2017 - 24/24 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES Statuant À la forme :

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