

# **GE\_GERICHTE ATAS/242/2018 vom 19. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_242\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_242_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/242/2018 du 19 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/242/2018 del 19 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. 1.2**

p. 503; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions

A/1084/2017 - 18/19 - auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel; ATF 130 V 138 consid. 2.1 p. 140). En l'occurrence, ces conditions sont toutes remplies : l'intimé s'est déjà prononcé sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ; la rente entière d'invalidité due au recourant depuis le 1er mai 2017 est étroitement liée à celle déjà accordée par l'intimée depuis le 1er décembre 2016 ; la cause est en état d'être jugée et l'intimé a eu l'occasion de se déterminer sur une extension de l'objet du litige. Enfin, au vu du montant sensiblement plus important de la rente d'invalidité due au recourant depuis le 1er mai 2017, selon les indications transmises par la caisse le

### **E. 2**

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le montant de la rente entière d'invalidité versée par l'intimé au recourant depuis le 1er décembre 2016, singulièrement sur la date de survenance de l'invalidité.

#### **E. 4**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

#### **E. 5**

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. 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

A/1084/2017 - 12/19 - 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). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

#### **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). 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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

A/1084/2017 - 13/19 - 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 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport 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 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de

celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

A/1084/2017 - 14/19 - violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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. 7**

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. 8**

Selon l'art. 36 al. 2, 1er phrase LAI, les dispositions de la LAVS sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Selon l'art. 29bis LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1er janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou décès) (al. 1). Le Conseil fédéral règle la prise en compte des mois de cotisations accomplis dans l'année de l'ouverture du droit à la rente, des périodes de cotisation précédant le 1er janvier qui suit la date des 20 ans révolus et des années complémentaires (al. 2).

#### **E. 9**

a. En l'occurrence, l'intimé, en référence à l'avis du SMR, a estimé que le recourant présentait une incapacité de travail totale depuis janvier 2005 en se fondant, d'une part, sur le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 1er juillet 2016 et, d'autre part, sur le rapport d'hospitalisation des HUG du 20 septembre 2007.

A/1084/2017 - 15/19 - Il convient préalablement de constater que le taux de l'incapacité de travail, de 100%, est admis par les parties, l'intimé ayant considéré, en se fondant sur l'avis du SMR du 27 juillet 2016, que la capacité de travail résiduelle indiquée par le Dr D\_\_\_\_\_ (40%) n'était pas exigible dans le marché de l'économie libre et le recourant ayant admis ce point de vue ; cette question n'est ainsi pas litigieuse. Seule l'est la date de survenance de l'incapacité de travail totale du recourant. b. La chambre de céans constate que les pièces médicales au dossier, en particulier celles précitées sur lesquelles s'est fondé l'intimé, ainsi que les divers emplois exercés par le recourant depuis fin 2005, en particulier ceux postérieurs à la sortie de celui-ci des HUG, le 11 septembre 2007, ne permettent pas de conclure, comme le fait le SMR, que le recourant aurait présenté, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail totale et durable depuis janvier 2005. Tout d'abord, le résumé du séjour des HUG du 20 septembre 2007 relève que l'hospitalisation du recourant du 28 août au 11 septembre 2007 a eu lieu dans le cadre d'une recrudescence de la symptomatologie psychiatrique du recourant au printemps 2007, due à une consommation de cannabis et qui avait perduré ; sous traitement, l'évolution avait été rapidement favorable, avec régression quasi-totale des symptômes les plus bruyants ; le recourant était alors en emploi auprès du B\_\_\_\_\_ (du 1er juin 2006 au 31 août 2007) et avait été suivi au programme JADE de 2005 à 2006 ; il apparaît ainsi que le recourant, suite au diagnostic de psychose non organique, sans précision, posé en 2005, a été capable de travailler du 1er juin 2006 en tous les cas jusqu'au printemps 2007, date de la recrudescence de la symptomatologie psychiatrique, attestée par les HUG, provoquée par une consommation de cannabis et ayant donné lieu à l'hospitalisation du 28 août au 11 septembre 2007. Au terme de celle-ci, la symptomatologie avait toutefois régressé quasi-totalement. Par ailleurs, l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 1er juillet 2016, tout en estimant que le recourant n'arrivait pas à garder très longtemps un emploi, ne constate une incapacité de travail (de 60%) qu'à partir de mai 2016 et non pas dès janvier 2005 ; le Dr D\_\_\_\_\_, à la demande de la chambre de céans, a d'ailleurs confirmé le 18 septembre 2017 que l'incapacité de travail n'était pas présente en 2005, que le trouble psychique existant depuis cette date était en partie stabilisé par un traitement médicamenteux et que le recourant, même s'il n'avait accepté son handicap psychique qu'à partir de 2016, avait pu travailler par périodes à 100%, de sorte qu'en tant que médecin-traitant, il n'avait pas eu à constater d'incapacités avant mai 2016. Ensuite, le recourant a effectivement assumé plusieurs missions temporaires – comme assistant administratif ou assistant comptable ou analyste ou coordinateur – postérieurement à son hospitalisation de 2007 (pour AD\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2007 au 17 janvier 2008, M\_\_\_\_\_ SA du 2 juin au 29 août 2008, K\_\_\_\_\_ en mars 2008, AE\_\_\_\_\_ du 6 mai au 6 juin 2008, Bunge du 8 septembre 2008 au 28 janvier 2009, Q\_\_\_\_\_ du 4 mai au 2 juin 2009, I\_\_\_\_\_ du 13 juillet au 18 septembre 2009, N\_\_\_\_\_ du 5 octobre au 15 décembre 2009, S\_\_\_\_\_ en

A/1084/2017 - 16/19 - novembre 2010, R\_\_\_\_\_ SA (R\_\_\_\_\_ Suisse SA) du 1er décembre 2010 au 8 avril 2011, V\_\_\_\_\_ du 1er septembre au 31 décembre 2011, X\_\_\_\_\_ du 23 avril au 30 septembre 2012, Interimplus du 21 novembre 2012 au 4 février 2013, Y\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2013 au 31 janvier 2014, AA\_\_\_\_\_ du 1er mai au 8 juillet 2014 et Adecco en juillet 2015). A cet égard, le recourant a expliqué qu'il n'avait jamais été licencié par un employeur jusqu'en 2012, qu'il n'avait jusque-là pas rencontré de problèmes, en particulier dans ses activités professionnelles, son état de santé étant stabilisé sous médicaments, qu'il devait s'adapter rapidement dans ses divers emplois car il s'agissait de missions temporaires et que ses employeurs avaient été satisfaits de son travail

; c'était postérieurement à son accident de 2012 qu'il avait rencontré des difficultés et subi un licenciement ou encore qu'il avait dû cesser son emploi en raison de son état de santé et qu'entre 2006 et 2011 ses revenus avaient augmenté alors que dès 2012, ils avaient diminué, correspondant à la dégradation de son état de santé (procès-verbal d'audience du 4 septembre 2017). Il est à constater qu'entre mai 2008 et septembre 2012, certains employeurs ont effectivement établi des certificats de travail démontrant que la collaboration avec le recourant avait été pleinement satisfaisante ; ainsi K\_\_\_\_\_ indique que le recourant leur a donné entière satisfaction en se montrant volontaire, rigoureux et pertinent dans son travail (certificat du 25 mars 2008) ; AF\_\_\_\_\_ relève que « A\_\_\_\_\_ is conscientious, punctual and discreet employee who performed his duties to our entire satisfaction. We especially appreciated his accuracy and his punctuality. Moreover he has also pleasant personality and was well liked by his colleagues and superiors. » (certificat du 21 janvier 2009). I\_\_\_\_\_ a précisé que consciencieux et indépendant, le recourant s'est avéré être un collaborateur très soigneux. Il a exécuté les travaux qui lui ont été confiés à l'entière satisfaction de leur client. Aimable et de caractère agréable, il a été très apprécié par ses supérieurs et ses collègues (certificat du 6 novembre 2009). S\_\_\_\_\_ indique que « A\_\_\_\_\_ demonstrated dedication to the tasks he was assigned to. He exhibited good technical and analytical skills. He is a quick learner and he was fast in executing his tasks. Thomas maintained very good relationship with his colleagues and customers at all times. » (certificat du 30 novembre 2010). R\_\_\_\_\_ SA souligne que la collaboration avec le recourant avait été particulièrement appréciée car il abordait ses objectifs avec beaucoup d'intérêt et avait toujours exécuté son travail avec rapidité et efficacité ; son parcours et ses expériences professionnelles lui procurent une grande faculté d'adaptation et d'intégration. Aussi, nous nous plaignons à relever ses bonnes connaissances en qualité de comptable débiteurs ; au bénéfice d'un état d'esprit positif et autonome, son dynamisme et sa rigueur font de lui un collaborateur qui jouissait d'une grande considération auprès de leurs différents partenaires ; la qualité de son travail et son engagement dans le cadre de sa mission font du recourant un collaborateur qui leur a donné pleine et entière satisfaction dans son travail (certificat du 6 juin 2011) ; enfin, selon X\_\_\_\_\_, « Mr

A/1084/2017 - 17/19 - A\_\_\_\_\_ is a discreet employee. He showed a good level of professionalism and a deep sense of responsibility in all the work he carried out. We were pleased with Mr A\_\_\_\_\_ and he had our trust and confidence. We recommend him to future employers and we wish him all the best in his future career. » (certificat du 30 septembre 2012). En revanche, au-delà du 30 septembre 2012, les certificats de travail se sont limités à constater que le travail du recourant avait été, au mieux, satisfaisant (certificats du 4 avril 2013, du 14 février 2014 de Y\_\_\_\_\_, du 29 juillet 2014 de AA\_\_\_\_\_ et du

#### **E. 14**

octobre 2015 de AG\_\_\_\_\_). c. Au vu de ce qui précède, en particulier du rapport des HUG du 20 septembre 2007, des avis du Dr D\_\_\_\_\_ des 1er juillet 2016 et 18 septembre 2017, des emplois exercés par le recourant postérieurement à 2007, ainsi que des certificats de travail des employeurs du recourant, il convient de constater que le recourant, au degré de la vraisemblance prépondérante, a été pleinement capable de travailler à satisfaction totale de ses employeurs jusqu'en 2012 puis au-delà avec difficulté et qu'il a été dès mai 2016 en incapacité de travail attestée par le Dr D\_\_\_\_\_ et admise comme totale par les parties. Le recourant prétend que son incapacité de travail totale a débuté le 1er février 2015, le dernier

emploi ayant été exercé (Z\_\_\_\_\_) en janvier 2015 ; faute d'un avis médical corroborant la survenance de l'incapacité de travail dès cette date, il convient de s'en tenir aux attestations du Dr D\_\_\_\_\_ des 1er juillet 2016 et

#### **E. 18**

septembre 2017 et de conclure à une incapacité de travail du recourant dès mai 2016. Partant, l'invalidité totale du recourant est survenue le 1er mai 2017 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte qu'au jour de la décision litigieuse, le 23 février 2017, le recourant n'avait pas encore droit à une rente entière d'invalidité, ce droit débutant seulement le 1er mai 2017. d. Le début du droit étant postérieur à la décision litigieuse du 23 février 2017, il sort en principe de l'objet du litige. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Cependant, pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid.

#### **E. 21**

décembre 2017, le report du droit du recourant à une rente entière d'invalidité au 1er mai 2017 ne consacre aucune réformatio in pejus de la décision litigieuse. 10. Le recours sera en conséquence partiellement admis et la décision litigieuse annulée ; il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2017, dans le sens des considérants. 11. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. 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/1084/2017 - 19/19 - 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.