

# **GE\_GERICHTE ATAS/630/2014 vom 21. Mai 2014**

GE Cour de justice, 2014-05-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_630\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_630_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/630/2014 du 21 mai 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/630/2014 del 21 maggio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

A/2668/2013 - 12/20 - entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2009. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

### **E. 5**

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). 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) L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPG) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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. 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 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à

A/2668/2013 - 13/20 - l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, op. cit., n°2187 ss). 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 en effet plus 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 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 et les références citées). c) 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 LPG et art. 28a al. 1 LAI). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par

exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles

A/2668/2013 - 14/20 - qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

## **E. 6**

a) 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 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). 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).

A/2668/2013 - 15/20 - b) 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. 7**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

## **E. 8**

En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner quelles sont les répercussions de l'atteinte à la santé présentée par le recourant sur sa capacité de travail, depuis le début de sa maladie. Dans son rapport du 13 novembre 2012, le SMR a retenu une incapacité de travail durable de 60% depuis le 1er janvier 2009 en raison d'une atteinte neurologique

A/2668/2013 - 16/20 - grave. L'exigibilité dans l'activité habituelle est nulle dès le 1er janvier 2011. Selon le SMR, les séquelles neurocognitives ne sont vraisemblablement pas compatibles en plein avec l'activité habituelle, mais une reprise progressive a pu avoir lieu dès septembre 2011 dans une activité très probablement aménagée, voire adaptée, initialement à 70 %. Dès le 14 août 2012, date du dernier examen chez la Dresse I\_\_\_\_\_, le SMR considère que la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité adaptée. La chambre de céans constate cependant que, quand bien même les courriers du recourant et du Dr C\_\_\_\_\_ des 10 mai 2012 et 17 novembre 2011 font état de la reprise par l'assuré d'une activité bénévole pour la société L\_\_\_\_\_ LTD « à un taux maximum de 70% » dès le 5 septembre 2011, respectivement d'une reprise du travail à 70% bien supportée par ce dernier, l'incapacité de travail de 30% retenue par l'intimé depuis le 5 septembre 2011 n'est pas corroborée par d'autres pièces au dossier. En effet, la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin traitant, a retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 60% depuis janvier 2009 et de 100% depuis janvier 2011 ; ensuite, dans son rapport du 18 octobre 2011, elle a retenu que le recourant présentait, au moment de son examen, une capacité de travail de 40% dans le poste occupé au sein d'une entreprise de radio-communication, soit une incapacité de travail de 60%. Elle a énuméré diverses limitations fonctionnelles justifiant ce taux et précisé qu'une activité de salarié à 60% dans le domaine de l'informatique lui paraissait envisageable d'ici quelques mois. D'autre part, la Dresse J\_\_\_\_\_ a exposé dans son rapport du 7 octobre 2011 que le déficit sévère du recourant dans le domaine de la mémoire antérograde verbale et non verbale persistait, que la fatigabilité dont il se plaignait était objectivée lorsque sa charge de travail devenait trop importante, et qu'il avait pu réaliser qu'il n'était plus capable de travailler à 100%, effectuant au moment de l'examen environ trois à quatre heures de travail par jour, cinq jours par semaine. Il sied de relever que le questionnaire rempli par l'ancien employeur du recourant mentionne que ce dernier a travaillé dès le 5 septembre 2011, à un taux de 50 à 70%, pour la société L\_\_\_\_\_ LTD, dirigée par son père, sans percevoir de salaire, sans autre précision quant à la nature de l'activité exercée. Attendu que la Dresse I\_\_\_\_\_ a retenu le 18 octobre 2011 une incapacité de travail de 60%, que la Dresse N\_\_\_\_\_ a indiqué le 7 octobre 2011 que le recourant travaillait trois à quatre heures par jour, et que le questionnaire rempli par l'ex-employeur mentionne un taux d'activité de 50 à 70% depuis le 5 septembre 2011, force est de constater qu'il n'est pas établi, ni même rendu vraisemblable que le recourant présente une incapacité de travail de 30% dès le 5 septembre 2011, comme l'a retenu l'intimé. Pour la période dès le 1er avril 2013, l'intimé, se fondant sur le fait que le recourant bénéficie d'un contrat de travail à 100%, retient implicitement une pleine capacité de travail depuis cette date. Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée a certes été retenue dans les rapports de la Dresse I\_\_\_\_\_ et du SMR datés

A/2668/2013 - 17/20 - respectivement des 20 août et du 13 novembre 2012. Il convient toutefois de relever que le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ est peu motivé, dès lors que cette dernière a retenu une « amélioration globale » des performances de l'assuré depuis sa dernière évaluation ainsi qu'une pleine capacité de travail dans un poste adapté, sans exposer les éléments sur lesquels elle se fondait pour retenir une amélioration de l'état de santé justifiant une pleine capacité de travail. Quant au rapport du SMR du

### **E. 13**

novembre 2012, établi sur la base du dossier, il souffre des mêmes lacunes puisque la Dresse M\_\_\_\_\_ s'est fondée sur le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 20 août 2012 pour

retenir dès cette date une entière capacité de travail dans un poste adapté. Par conséquent, la Chambre de céans considère que sur le plan médical, les rapports précités de la Dresse I\_\_\_\_\_ et du SMR, comme les autres rapports figurant au dossier, ne sont pas suffisamment motivés pour qu'on puisse sans autre leur reconnaître pleine valeur probante et ainsi se fonder sur ceux-ci pour déterminer les répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail. S'agissant du contrat de travail dont bénéficierait le recourant depuis le 1er avril 2013, il ne figure pas au dossier et la chambre de céans ignore si ce-dernier a pu exercer durablement l'activité lucrative concernée, à quel taux et en quoi consiste cette nouvelle activité. De surcroît, à teneur du rapport du 22 juin 2011, il apparaît que le recourant est peu conscient de l'implication de ses troubles cognitifs dans les activités de la vie professionnelle, de sorte que cet élément ne permet pas davantage à la chambre de céans de tirer des conclusions définitives quant à sa capacité de travail. Vu ce qui précède, la chambre de céans considère que la situation médicale du recourant doit être clarifiée. En effet, en l'état actuel du dossier, elle n'est pas en mesure de se déterminer et de tirer des conclusions définitives quant aux répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail, aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, ainsi que sur son évolution. Il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire, le cas échéant, en mettant en œuvre une expertise neurologique, - laquelle sera confiée à un expert indépendant -, en vue de déterminer les limitations fonctionnelles et les répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail. 9. Enfin, la chambre de céans constate que dans la décision litigieuse, l'intimé n'a procédé à aucune comparaison des revenus pour calculer le degré d'invalidité et n'explique pas clairement quel statut elle a retenu. Il convient de rappeler que la méthode générale de comparaison des revenus s'applique aux personnes qui ont dû interrompre leur activité lucrative pour cause de maladie et auraient continué à exercer cette activité si elles n'étaient pas invalides (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Fribourg 2011, n° 2060). Selon cette méthode, pour évaluer

A/2668/2013 - 18/20 - 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). Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimée par le médecin ne peut être admis qu'à titre exceptionnel. Cela peut être le cas lors d'une incapacité de travail totale de l'assuré ou lorsque celui-ci présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative. De même, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2 ; I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; Michel VALTERIO, op. cit., n° 2035). En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a souffert d'une atteinte neurologique qui a provoqué une incapacité de travail dans son ancienne activité, de sorte que celui-ci a manifestement interrompu son activité lucrative pour cause de maladie. L'intimé a pris en compte, au titre du revenu avant invalidité, d'une part le revenu de l'activité salariée exercée en qualité de directeur de la société B\_\_\_\_\_ SA (CHF 131'300.- en 2008) et sur lesquels des cotisations ont été payées (voir extraits des

comptes individuels du recourant), et, d'autre part, il a déduit dudit revenu les pertes enregistrées par la société en 2008 (CHF 27'718). On peine à comprendre le raisonnement de l'intimé, qui semble considérer que le recourant est l'ayant droit économique unique de la société anonyme, de sorte qu'il doit se voir imputer aussi bien les bénéfices que les pertes de l'entreprise. Aucun élément au dossier ne permet cependant de considérer que tel est le cas, étant précisé que les bénéfices et les pertes d'une société anonyme sont supportées par la société elle-même, respectivement ses actionnaires. En outre, les activités exercées par le recourant respectivement depuis le 5 septembre 2011 et depuis le 1er avril 2013 ne correspondent vraisemblablement pas à son activité habituelle. A cela s'ajoute que l'on ignore, faute de document au dossier, quelle est la nature de l'activité exercée par le recourant depuis avril 2013, son taux d'occupation et le salaire réalisé. Quoi qu'il en soit, la décision de l'intimé ne peut être confirmée. Il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision, en expliquant clairement quel statut il retient et d'intégrer, à l'appui du calcul du degré d'invalidité, une comparaison des revenus conforme au droit. À cette fin, il sollicitera également le contrat de travail du recourant auprès de la société O\_\_\_\_\_ SA. 10. Enfin, le recourant conteste la date fixée dans la décision litigieuse pour la naissance du droit à la rente, soit le 1er novembre 2011, et demande à être « indemnisé » pour les années 2009 à 2011.

A/2668/2013 - 19/20 - En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations le 19 mai 2011. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a appliqué l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 ; en vertu de cette disposition, le droit éventuel du recourant au versement d'une rente d'invalidité naît au plus tôt le 1er novembre 2011. Son grief est, sur ce point, mal fondé. 11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre, le cas échéant, une expertise neurologique selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, puis de rendre une nouvelle décision, dans le sens des considérants. 12. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/2668/2013 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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