

GE_GERICHTE A/1084/2017 vom 19. März 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1084_2017

FR: GE_GERICHTE A/1084/2017 du 19 mars 2018

IT: GE_GERICHTE A/1084/2017 del 19 marzo 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1982, citoyen suisse, a été domicilié en France du 18 août 1982 au 31 août 2005, est titulaire d'un diplôme de l'école de commerce obtenu le 25 juin 2002 et d'un certificat de gestion des salaires obtenu en septembre 2013 ; il a exercé comme paysagiste du 21 avril au 13 mai 2016 pour B_____ et comme assistant administratif, du 15 février au 15 mars 2016 pour tout impôts. ![/endif]>![if> 2. Du 28 août au 11 septembre 2007, l'assuré a séjourné au service de psychiatrie adulte des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) où un diagnostic de psychose non organique sans précision (F29) a été posé ; le résumé de séjour du 20 septembre 2007 indique qu'il s'agit d'un patient qui vit avec ses parents, sa sœur et son frère, qui a été suivi au programme Jade de 2005 à 2006, qu'il a tenu une année comme commis de bureau au C_____ mais a démissionné au printemps 2007 dans un contexte de consommation de cannabis ayant provoqué une recrudescence de la symptomatologie psychotique essentiellement paranoïde, qu'en dépit de l'arrêt de l'Abilify en faveur du Seroquel, la symptomatologie perdurait, raison pour laquelle une hospitalisation ordinaire était proposée au patient, qui l'acceptait et que l'évolution était rapidement favorable sous traitement avec régression quasi-totale des symptômes les plus bruyants. ![/endif]>![if> 3. Le 16 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en mentionnant un trouble psychique chronique depuis 2005. ![/endif]>![if> 4. Le 1 er juillet 2016, le docteur D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il atteste de symptômes psychotiques paranoïdes depuis 2005, avec une capacité de travail de 40 %, le diagnostic étant celui de psychose non organique, sans précision (F29) depuis 2005 ; il suivait l'assuré depuis le 28 septembre 2007. Il s'agissait d'une évolution chronique d'un trouble psychotique qui nécessitait un traitement neuroleptique régulier. L'assuré se plaignait d'idées de concernement, d'un sentiment de persécution, de troubles de l'attention et de la concentration. Malgré ses efforts d'intégration sur le marché libre du travail, il perdait à chaque fois rapidement son poste. Il lui était toujours reproché son manque de réactivité et sa lenteur à effectuer les tâches. Il n'avait jusqu'à présent jamais voulu d'arrêt de travail mais, poussé par ses proches et son propre constat qu'il n'arrivait pas à garder un travail très longtemps, il acceptait finalement l'idée que son trouble psychique puisse l'handicaper et entraîner une incapacité de travail de longue durée. L'incapacité de travail était de 60 % depuis le 14 mai 2016.![endif]>![if> 5. Par projet d'acceptation de rente du 7 décembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1 er décembre 2016 en

considérant qu'il avait présenté une incapacité de travail à 100 % depuis le 1 er janvier 2005 ; le délai de carence d'une année avait pris fin le 1 er janvier « 2016 ». La demande ayant été déposée le 16 juin 2016, les prestations étaient dues dès le 1 er décembre 2016.!

6. Le 27 juillet 2016, le docteur E_____, du Service Médical Régional AI, a considéré qu'au vu du tableau clinique et des limitations fonctionnelles annoncées par le Dr D_____, la capacité de travail n'était pas exigible dans le marché de l'économie libre. !

7. Par décision du 23 février 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente ordinaire mensuelle de CHF 453.- dès le 1 er décembre 2016.!

8. Le 27 mars 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 23 février 2017 en concluant à son annulation en tant qu'elle fixait son incapacité de travail totale au 1 er janvier 2005, au constat que l'incapacité de travail totale datait de février 2015 et au renvoi de la cause à l'OAI pour recalculer le montant de la rente. !

Il fait valoir qu'il était actif professionnellement jusqu'à janvier 2015 et en incapacité de travail totale dès février 2015 ; il avait assumé plusieurs emplois et obtenu, notamment en 2008 et 2009, des revenus annuels de près de CHF 55'000.- et en 2010 et 2011 de près de CHF 65'000.- ; en 2012 il avait obtenu un certificat de gestion des salaires ; l'année 2005 correspondait à celle où le diagnostic avait été posé mais l'incapacité de travail était survenue en février 2015, de sorte que l'invalidité était présente le 1 er février 2016 ; les revenus et les années de cotisation réalisées jusqu'en février 2016 devaient être pris en compte. 9.

Le 24 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que les emplois étaient effectués au-dessus des forces du recourant ; il s'est référé à : !

- Un avis de la doctoresse G_____ du SMR du 20 avril 2017, selon lequel c'était en se basant sur le rapport médical de juillet 2016 du Dr D_____ et du rapport d'hospitalisation des HUG, département de psychiatrie, d'août 2007, que le SMR avait retenu une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2005 chez cet assuré de 34 ans, connu pour une psychose non organique. S'il était vrai que l'assuré avait travaillé durant des périodes, force était de constater qu'il avait eu des difficultés liées à l'atteinte dans le milieu professionnel. Les durées et la variabilité des différents emplois pouvait également s'expliquer par la pathologie, retenue comme incapacitante. Ces éléments tendaient à montrer que les emplois avaient été menés au-dessus des forces de l'assuré, partiellement dans le déni de sa pathologie, et dans des milieux probablement cadrants et soutenant. !

- Un préavis de la Caisse interprofessionnelles AVS de la fédération des entreprises romandes (ci-après : FER CIAM 106.1) du 21 avril 2017 selon lequel la rente avait été calculée correctement, sur une échelle de rente 15 et avec un revenu annuel moyen de CHF 21'150.-.!

10. Le 19 juin 2017, le recourant a observé qu'il était douteux que le médecin du SMR soit qualifié pour se prononcer sur son cas ; il avait pu obtenir un diplôme de commerce en 2002 et de gestion des salaires en 2013 ; il avait exercé plusieurs emplois jusqu'à janvier 2015 ; il avait souvent changé d'emploi car il s'agissait de missions temporaires ; il avait toujours obtenu d'excellents certificats de travail ce qui démontrait qu'il était apte ; il n'avait pas travaillé dans des milieux cadrants et soutenant mais dans différentes entreprises du secteur privé. !

Ses revenus annuel avaient oscillés dès 2002 entre CHF 40'000.- et CHF 65'000.- ; il était aberrant de retenir qu'il était en incapacité de travail depuis janvier 2005. 11. Selon l'extrait du compte individuel du recourant, celui-ci a travaillé comme suit depuis 2005 :!

Employeur	Revenu	Année	H_____	CHF
		Novembre – décembre 2005	I_____	SA CHF 1'020.-
		Janvier – février 2006	I_____	SA CHF 1'413.-
		Septembre 2007	J_____	SA CHF 2'185.-
		Décembre 2007	J_____	SA CHF 3'126.-
		Janvier 2008	K_____	SA CHF

4'449.- Mars 2008 I_____ SA CHF 23'601.- Avril – décembre 2008 L_____, CHF 7'867.-
Mai – Juin 2008 M_____ SA CHF 13'806.- Juin – août 2008 I_____ SA CHF 18'321.-
Janvier – septembre 2009 N_____ SARL CHF 13'328.- Octobre – décembre 2009
Indemnité de chômage CHF 1'478.- Décembre 2009 O_____ SA CHF 555.- Février 2009
Société P_____ SA CHF 10'134.- Mars – avril 2009 Q_____ emploi CHF 5'046.- Mai –
juin 2009 Indemnité de chômage CHF 4'467.- Juin – juillet 2009 Indemnité de chômage
CHF 3'449.- Janvier 2010 R_____ SA CHF 5'511.- Décembre 2010 S_____ SARL CHF
55'000.- Février – novembre 2010 R_____ SA CHF 20'755.- Janvier – avril 2011 T_____
SA CHF 8'245.- Avril – mai 2011 U_____ CHF 8'143.- Juin – août 2011 V_____ CHF
3'330.- Août 2011 V_____ CHF 23'833.- Septembre – décembre 2011 W_____ SA CHF
5'155.- Novembre – décembre 2011 X_____ LLP CHF 36'139.- Avril – septembre 2012
W_____ SA CHF 5'019.- Janvier – février 2013 Y_____ CHF 8'600 Novembre –
décembre 2012 ? Y_____ CHF 6'000.- Janvier 2014 Z_____ SA CHF 785.- Décembre
2014 AA_____ S CHF 12'080 Mai– juillet 2014 ? Z_____ SA CHF 3'827.- Janvier 2015
Z_____ SA CHF 370 Décembre 2015 12. Selon l'aperçu de l'extrait de compte
individuel, le recourant a perçu les revenus suivants :
2014 : CHF 35'337.-
2013 : CHF 46'805.- 2012 : CHF 41'294.- 2011 : CHF 64'306.- 2010 : CHF 63'960.- 2009 :
CHF 53'329.- 2008 : CHF 52'849.- 2007 : CHF 3'598.- 2006 : CHF 1'020.- 2005 : CHF
4'134.- 2004 : CHF 1'200.- 2003 : CHF 4'886.- 2002 : CHF 2'800.- 2001 : CHF 3'689.-
2000 : CHF 1'797.- Total : CHF 381'004.- 13. Selon les certificats de travail au dossier, le
recourant a travaillé :
- Du 2 au 28 juillet 2001 à la H_____ comme
Auxiliaire de vente,
- Du 1 er septembre 2002 au 30 avril 2003 chez
AB_____ comme Réceptionniste-téléphonique (stage),
- Du 3 au 28 mai
2004 chez AC_____,
- Du 21 novembre au 31 décembre 2005 à la
H_____ comme Collaborateur de vente Food,
- Du 1 er juin 2006 au 31
août 2007 au C_____ comme Assistant administratif,
- Du 17 février
2007 au 17 janvier 2008 pour AD_____ comme « Secrétaire »,
- En mars
2008 pour K_____ comme assistant Responsable marketing,
- Du 6 mai
au 6 juin 2008 pour AE_____ comme « Junior accountant »,
- Du 2 juin
au 29 août 2008 pour M_____ RH SA comme Assistant comptable,
- Du
8 septembre 2008 au 28 janvier 2009 chez AF_____ comme Junior
accountant,
- Du 4 mai au 2 juin 2009 pour Q_____ comme Accounts
receivable,
- Du 13 juillet au 18 septembre 2009 pour un client de I_____
en tant qu'Assistant administratif,
- Du 5 octobre au 15 décembre 2009
pour N_____ comme « Accounts receivable Team member »,
- Du 1 er
février au 30 novembre 2010 pour K_____ comme « Junior Pricing analyst »,
- Du 1 er décembre 2010 au 8 avril 2011 pour un client de E_____
(AF_____ Suisse SA) comme Comptable débiteurs,
- Du 1 er septembre
au 31 décembre 2011 pour V_____ comme Comptable,
- Du 23 avril au
30 septembre 2012 pour X_____ comme « Billing assistant »,
- Du 21
novembre 2012 au 4 février 2013 pour un client de Y_____(AG_____ SA) comme
Comptable junior,
- Du 18 novembre 2013 au 31 janvier 2014 pour
Y_____ Services SA comme « Data coordinator »,
- Du 1 er mai au 8
juillet 2014 pour un client de AA_____ SA comme Junior accountant,
- Jusqu'au 21 juillet 2015 pour AI_____ ressource humaine SA.
14. Le 4
septembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience. Le
recourant a déclaré : « J'ai travaillé depuis 2001 dans plusieurs missions temporaires,

toujours à temps plein. J'ai toujours été au terme de mes missions, je n'ai donc jamais été licencié par un employeur. Je n'ai pas subi de restriction dans mon travail en raison d'une atteinte à la santé avant l'année 2016. En 2013, j'ai suivi un cours payé par le chômage de gestion des salaires durant un mois et j'ai réussi l'examen final. Le 1^{er} janvier 2012, j'ai eu un accident de la route et j'ai été blessé au bras et à la jambe gauche. Cet accident a changé la donne car à partir de là mon médicament n'a plus fonctionné et j'ai commencé à avoir des problèmes dans mes activités professionnelles. Je précise que depuis 2005 j'étais traité et mon état était stabilisé sous médicaments. J'ai travaillé en 2012 pendant six mois chez X_____ mais j'ai dû arrêter en raison de mon état de santé. Ensuite j'ai tenté de travailler chez AG_____ SA, chez Y_____ SA et enfin pour AH_____. Dans ces trois derniers emplois j'ai soit été licencié soit arrêté de travailler pour raison de santé. J'ai cherché durant ma carrière à obtenir un travail fixe mais le marché étant ce qu'il est j'ai dû finalement accepter des missions temporaires. J'ai toujours travaillé dans le marché normal du travail et non pas dans des activités protégées. J'étais traité de la même manière que les autres employés. Je devais même m'adapter rapidement puisqu'il s'agissait de missions temporaires. Mes employeurs ont toujours été satisfaits de mon travail. En 2013 j'ai décidé d'obtenir le diplôme de gestion des salaires pour me donner plus de chance dans la recherche d'un emploi. J'avais cependant déjà des difficultés puisque c'était une période postérieure à mon accident. En 2005 j'ai été diagnostiqué et traité par des neuroleptiques que je prends toujours actuellement. A certaines périodes j'ai dû augmenter la dose, soit après mon accident. Grâce au traitement je me sentais très bien et j'ai pu travailler à satisfaction de mes employeurs. En 2005 le diagnostic a été posé par les HUG et j'ai ensuite été suivi par le Dr D_____ qui est toujours mon psychiatre-traitant. Depuis juin 2017 j'habite au Mexique avec mon épouse. Entre le 1^{er} juin 2006 et le 31 août 2007 j'ai travaillé au C_____ sans cotisation AVS. ». L'avocate du recourant a déclaré : « On remarque selon l'extrait des CI que de 2006 à 2011 les revenus ont continué à augmenter alors que dès 2012 les revenus ont diminué, ce qui correspond aux explications données par le recourant sur son état de santé, étant précisé qu'en 2006 - 2007 le recourant travaillait au C_____ et n'a pas cotisé. ». La représentante de l'OAI a déclaré maintenir sa décision. 15. A la demande de la chambre de céans, le Dr D_____ a donné des renseignements complémentaires. Il suivait l'assuré depuis le 28 septembre 2007, pour un diagnostic de psychose non organique, sans précision (F29) ; celui-ci n'était pas en incapacité de travail depuis 2005 mais depuis le 14 mai 2016, à 60% ; le trouble psychique de l'assuré existait depuis 2005. Il était en partie stabilisé par un traitement médicamenteux. L'assuré n'avait accepté le handicap psychique lié à son trouble qu'à partir de 2016, et avait fait les démarches AI dans ce sens. Bien que son trouble avait eu une influence sur sa capacité de travail depuis 2005, il avait pu quand même travailler par périodes à 100%. Il pouvait donc dire, qu'en tant que médecin traitant, il n'avait pas eu à constater des incapacités de travail avant mai 2016. 16. A la demande de la chambre de céans, le SMR a rendu un avis le 6 octobre 2017 concernant la survenance de l'incapacité de travail de l'assuré, compte tenu de l'audience du 4 septembre 2017 et de l'avis du Dr D_____ du 18 septembre 2017. Le SMR a relevé ce qui suit : « pour ce qui est du pv d'audience, bien que l'assuré affirme avoir assumé plusieurs missions temporaires même à plein temps avec satisfaction de ses employeurs, nous rappellerons que l'atteinte à la santé consiste en une psychose non organique, retenue comme présente par son psychiatre traitant depuis 2005. En effet, l'assuré a été suivi au programme JADE (jeunes adultes avec troubles psychiques débutants) dès 2005 à 2006 et au printemps 2007, il a présenté une recrudescence de la

symptomatologie psychotique essentiellement paranoïde et, en dépit de l'arrêt de l'Abilify en faveur du Séroquel, la symptomatologie perdure, raison pour laquelle une hospitalisation ordinaire est proposée au patient, qui l'accepte (résumé de séjour au département de psychiatrie daté du 20 septembre 2007). A signaler que lors de la sortie des HUG, et malgré un traitement lege artis, l'assuré présente une évolution rapidement favorable avec seulement une régression quasi-totale - donc partielle - des symptômes les plus bruyants. Il ressort également du rapport d'hospitalisation que l'assuré a tenu une année comme commis de bureau au C_____ mais, a dû démissionner en raison de l'atteinte. Par ailleurs, c'est le Dr D_____ lui-même, en page 3 de son rapport du 1^{er} juillet 2016, qui signale : malgré ses efforts d'intégration sur le marché libre du travail, il perd à chaque fois rapidement son poste ; en page 4, ce dernier indique que l'assuré ne garde jamais un travail que durant quelques mois en raison de son manque d'entrain, de réactivité et de sa lenteur : symptômes assimilables à la pathologie psychotique. De plus, dans le courrier du 18 septembre 2017, le Dr D_____ indique que l'état de santé de son patient est en partie stabilisé malgré un traitement neuroleptique. Ceci signifie que les symptômes psychotiques sont toujours présents et empêchent l'assuré de développer une vie professionnelle ordinaire. Le Dr D_____ signale que ce n'est qu'à partir de 2016 que son patient accepte l'existence d'un handicap psychique et entame des démarches auprès de l'OAI. Cela signifie qu'auparavant l'assuré n'était pas conscient de ses difficultés. Le médecin affirme n'avoir jamais estimé une IT totale mais de 60% dès mai 2016. Cependant, rappelons qu'en tenant compte des restrictions fonctionnelles évoquées par le Dr D_____, dans son rapport du 1^{er} juillet 2016 (à savoir : symptômes psychotiques de persécution avec idées de concernement, symptômes déficitaires tel que troubles de la concentration et de l'attention, lenteur, manque de réactivité et intolérance au stress), le SMR a considéré qu'aucune incapacité de travail n'est raisonnablement exigible dans l'économie du marché. En effet, si nous nous basons sur les restrictions susnommées, il y a lieu de remarquer que, si les activités simples, dans un milieu compréhensif, cadrant et soutenant, sont seules susceptibles d'être exercées par l'assuré, toutes celles exigeant un rendement particulier et un rythme de travail élevé, sont inaccessibles, en raison du stress qu'elles engendrent et les limitations dues à son état de santé. Enfin, c'est pour cette raison que le SMR s'écarte de l'avis du psychiatre traitant et considère qu'aucune capacité de travail n'est exigible dans l'économie libre. La CT de 40% évaluée par le Dr D_____ est éventuellement réaliste en milieu protégé. Compte tenu des symptômes liés à la psychose et des limitations fonctionnelles qui en découlent telles qu'indiquées par le psychiatre traitant, nous ne pouvons pas adhérer à l'existence d'une quelconque capacité de travail depuis 2005. ».

17. Le 7 novembre 2017, le recourant a observé que le Dr D_____ avait confirmé l'absence d'incapacité de travail depuis 2005 et qu'il était douteux que le SMR présente les qualifications nécessaires pour se prononcer sur son cas, sans l'avoir examiné. Selon les éléments du dossier, il avait présenté une incapacité de travail dès 2015 ; le 20 septembre 2007, le résumé d'hospitalisation avait retenu que l'évolution était rapidement favorable, avec régression quasi-totale des symptômes les plus bruyants ; il avait travaillé au C_____ pendant plus d'un an (juin 2006 – août 2007) et avait été engagé comme intérimaire dès septembre 2007 ; il avait fréquemment changé d'activités non en raison de son état de santé mais car il s'agissait de postes temporaires et ce depuis 2001, soit avant son atteinte à la santé ; les excellents certificats de travail produits confirmaient par ailleurs qu'il satisfaisait pleinement ses employeurs ; en outre, à la lecture de son extrait de compte individuel, force était de constater que ses revenus augmentaient d'année en année et ce jusqu'en 2012 ;

s'agissant de la stabilisation partielle des symptômes, mentionnée dans le rapport du 18 septembre 2017, le Dr D_____ se référait à son état de santé actuel, lequel avait conduit à une demande de prestations de l'assurance-invalidité ; pour rappel, lors de l'audience du 4 septembre 2017, il avait expliqué que son état de santé s'était détérioré à compter de l'année 2012 suite à un accident de la circulation ; le SMR concluait en niant une « quelconque capacité de travail depuis 2005 » alors que le recourant avait concrètement travaillé à 100% jusqu'en 2015, en réalisant des revenus annuels entre CHF 40'000.- et CHF 65'000.- ; le SMR ne se prononçait pas sur l'aggravation de l'état de santé ; en outre, le SMR n'expliquait pas comment il avait pu réaliser les revenus précités dans le marché du travail tout en étant en totale incapacité de travail ; il était dès lors manifeste que les conclusions du SMR étaient infondées s'agissant de la date du début de l'incapacité de travail ; il a été relevé qu'elles étaient par ailleurs en contradiction avec tous les autres éléments du dossier, soit en particulier les conclusions du Dr D_____, qui suivait le recourant depuis plus de dix ans, ainsi que les activités professionnelles réalisées concrètement par ce dernier jusqu'en 2015.!

18. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a indiqué le 21 décembre 2017 que la rente d'invalidité due au recourant serait de CHF 1437.- si l'invalidité était reconnue depuis le 1^{er} février 2016 et de CHF 1'384.- si elle était reconnue depuis le 1^{er} mai 2017.!

19. Le 17 janvier 2018, le recourant a observé que son invalidité ayant débuté en février 2016, il avait droit à une rente d'invalidité de CHF 1'437.- par mois. Il a communiqué une décision de cotisations personnelles de la Caisse de compensation attestant d'un statut de personne sans activité lucrative en 2015.!

20. Le 22 janvier 2018, l'OAI a observé que le SMR avait clairement expliqué le 6 octobre 2017 pourquoi l'incapacité de travail avait débuté en 2005 et non pas en 2016 comme le soutenait le médecin-traitant ; aucune capacité de travail n'était exigible de l'assuré dans l'économie de marché depuis 2005 ; on peinait à comprendre comment le Dr D_____ estimait que la capacité de travail était entière jusqu'à 2016 puisqu'il admettait en même temps que l'assuré perdait chaque fois rapidement son poste. !

21. Le 9 février 2018, la chambre de céans a informé l'OAI qu'elle envisageait une extension de l'objet du litige à la période postérieure à la date de la décision litigieuse du 23 février 2017, lui permettant de statuer sur la question du droit à la rente du recourant jusqu'à la date de son arrêt : un délai était imparti à l'OAI pour se déterminer sur cette question.!

22. Le 8 mars 2018, l'OAI a observé que l'objet du présent litige était déterminé par la décision du 23 février 2017 qui accordait au recourant le droit à une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2016, pour une période non limitée dans le temps (soit courant vraisemblablement après la date de l'arrêt de la Cour de céans). Le seul point litigieux restait la fixation de la date de début d'incapacité de travail (dont il maintenait qu'il s'agissait de 2005), qui aurait un impact non sur le taux d'invalidité, ni sur le début du versement de la rente (au vu de la date de la demande), mais uniquement sur le montant de la rente. Ainsi, l'OAI indiquait peiner à comprendre quelle était la question qui excéderait l'objet du litige. Ne pouvant se déterminer en toute connaissance de cause, il s'opposait, en l'état, à l'extension de l'objet du litige. !

23. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. !

EN DROIT 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 1^{er} 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. 2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. L'objet du litige porte sur le montant de la rente entière d'invalidité versée par l'intimé au recourant depuis le 1^{er} décembre 2016, singulièrement sur la date de survenance de l'invalidité. 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 1^{er} janvier 2008). 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 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 18^e anniversaire de l'assuré. 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 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 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).

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).!

8. Selon l'art. 36 al. 2, 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} janvier qui suit la date des 20 ans révolus et des années complémentaires (al. 2).

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 1^{er} juillet 2016 et, d'autre part, sur le rapport d'hospitalisation des HUG du 20 septembre 2007.!

! 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 novembre 2010, R_____ SA (R_____ Suisse SA) du 1^{er} décembre 2010 au 8 avril 2011, V_____ du 1^{er} 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 1^{er} 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 _____ 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 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} juillet 2016 et 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 1^{er} 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 1^{er} 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. 1.2 p. 503; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions 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 1 er mai 2017 est étroitement liée à celle déjà accordée par l'intimée depuis le 1 er 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 1 er mai 2017, selon les indications transmises par la caisse le 21 décembre 2017, le report du droit du recourant à une rente entière d'invalidité au 1 er 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 1 er 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 1 er 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.-. 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.