

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4211/2017

ATAS/175/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 mars 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy  
KNOPFEL, Judges assessesurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant allemand, né le \_\_\_\_\_ 1972 à Berlin, titulaire d'un permis C, domicilié à Genève, a déposé un formulaire d'annonce de détection précoce auprès de l'office genevois de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé), le 2 décembre 2013. Le début de l'incapacité de travail remontait au 1<sup>er</sup> mars 2013, pour raison de maladie : il souffrait de problèmes de digestion, de concentration et devait souvent s'étendre. Aucun document n'était annexé à la formule d'annonce.
2. Par courrier du 4 décembre 2014, l'OAI a accusé réception de cette annonce et a convoqué l'assuré à un entretien fixé au 19 décembre 2013 aux fins de réaliser un bilan de sa situation. Il était invité à se présenter avec tous les documents administratifs utiles et toutes pièces médicales utiles.
3. L'entretien d'évaluation a finalement été fixé au 11 mars 2014, en présence d'une collaboratrice de la réception de l'OAI fonctionnant en qualité de traductrice, l'assuré ne s'exprimant pas en français (anglais, allemand et espagnol). Il avait été orienté vers l'OAI par son médecin traitant, le docteur B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale. Il a décrit son problème médical comme suit : très fatigué ; problèmes de concentration important ; peptide vasoactif intestinal ; syndrome de réponse inflammatoire chronique (CIRS) ; il a toujours très froid, a fait des milliers d'exams sans résultat, cette maladie s'est développée depuis quinze ans, et est devenue de plus en plus grave depuis 2012 ; il n'arrivait plus à travailler, était toujours fatigué ; anaphylaxie ou similaire, gros problème de digestion (toute la journée). Il suivait un protocole de traitement depuis 2013, à la cholestyramine, par paliers. Il y avait eu beaucoup d'améliorations depuis le début du traitement, mais toujours en « yo-yo ». Son activité professionnelle était celle de chercheur en psychologie et en informatique à l'université de Genève, depuis 2011, pour un contrat de deux ans à 70 %. Ce contrat était arrivé à échéance à fin 2012. Il travaillait au bureau à l'université, ou à son domicile. Il définit ses limitations pour l'accomplissement de son travail comme suit : concentration, fatigue, problèmes de digestion. Une reprise de travail n'était pas envisageable dans l'immédiat. Il occupait toutes ses journées à gérer ses problèmes gastriques et à se reposer car il ne peut rien faire. Lorsqu'il va un peu mieux il fait des recherches sur Internet au sujet de sa maladie. Il a été invité à déposer une demande de prestations AI.
4. Il a déposé sa demande de prestations (mesures professionnelles/rente) sur formule ad hoc le 22 avril 2014. Dans les jours suivants il a fait parvenir à la gestionnaire de son dossier les documents à annexer à la demande, soit notamment son certificat de doctorat en informatique délivré le 4 avril 2012 par la faculté des sciences économiques de l'université de Zurich, avec mention cum laude.

Il ressort de son curriculum vitae qu'il a notamment œuvré dans la recherche dans plusieurs universités en Allemagne en Suisse, entre 1996 et 2012, période pendant

laquelle il a également été consultant pour deux firmes allemandes basées à Francfort ; il est également l'auteur de diverses publications scientifiques - comme auteur individuel ou comme participant à la rédaction d'ouvrages collectifs. S'agissant de sa connaissance des langues, l'allemand est sa langue maternelle, le hongrois sa seconde langue maternelle ; il parle l'anglais couramment et l'espagnol (connaissances basiques).

5. Le 18 juin 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a établi un rapport initial pour l'examen du droit à une rente : les prestations sont sollicitées pour maladie ; il retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail (CT) de syndrome de fatigue chronique, depuis 2011 et candidose chronique « ? » ; et, sans effet sur la capacité de travail, les diagnostics d'intestin irritable (de longue date), virus d'Epstein-Barr [EBV] (en 2000), syndrome d'Asperger dans l'enfance. À l'anamnèse il a retenu l'asthénie postprandiale, frilosité, troubles de la concentration, présent depuis de nombreuses années, en aggravation depuis 2011, empêchant l'activité professionnelle de chercheur depuis 2013. Il a mentionné les constatations objectives suivantes : patient asthénique, anxieux, amaigri (BMI = 17 kg/m<sup>2</sup>). Quant au pronostic, tant qu'un diagnostic plus précis n'aura pas été posé, le pronostic est mauvais. La piste psychiatrique n'a pas vraiment été investiguée. Quant au traitement actuel : différents essais de diètes, en dernier lieu une diète cétogène, vu la relation entre la prise alimentaire et les symptômes ; pas de traitement médicamenteux. Il retient une incapacité de travail de 100 % en tant que chercheur à l'université de Genève, dès le 1<sup>er</sup> mars 2013. Les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes sont une asthénie marquée, des troubles de la concentration. Ces restrictions se manifestaient au travail sous forme de difficultés de concentration et d'incapacité à travailler plus de deux heures d'affilée. Du point de vue médical l'activité exercée actuellement n'est pas possible, ceci à 100 %. L'asthénie et les troubles de la concentration empêchent l'activité intellectuelle. Le rendement est réduit. A la question de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle sont possibles, ce médecin a répondu par la négative, indiquant que la formation du patient est maximale : il n'y a pas d'autres activités professionnelles envisageables. Le médecin ne comprend pas pourquoi le patient voudrait une rente alors qu'il a un métier qui l'intéresse.

Le médecin traitant a encore joint au questionnaire divers rapports de consultations spécialisées (les plus importantes [en immunologie et allergologie, neurologie, gastro-entérologie, médecine générale, cardiologie, pédiatrie moléculaire analyses diverses, imagerie cérébrale intracrânienne, etc.,]), parmi lesquels :

- le rapport du professeur C\_\_\_\_\_, médecin-chef de service aux HUG (service d'immunologie et d'allergologie) du 16 avril 2014 : il retient les diagnostics d'anxiété généralisée avec trouble panique sans agoraphobie (300.01) ; troubles somatoformes sans autre spécificité (300.81) ; asthénie, troubles cénestopathiques (sensibilité interne avec sensation de froid sur son corps), frilosité et arthralgies sans syndrome inflammatoire, sans arthrite ; troubles

alimentaires non spécifiques ; BMI 17 kg/m<sup>2</sup>, dolichocolon, intolérance au lactose ; onychomycose récidivante chronique sans déficience immunitaire décelable ; syndrome de Gilbert-Meulengracht (dx 1994), asymptomatique. Sur le plan anamnestique, le patient aurait été diagnostiqué comme souffrant d'un syndrome de pseudo-autisme (Asperger) dans sa petite enfance. Le patient a récemment déménagé à Genève. Depuis mars 2013 il est en arrêt maladie. Son incapacité de travail est due à une asthénie très importante qui aurait débuté à l'âge de 23 ans, surtout après l'alimentation. Il a aussi des épisodes de « peau tendue » au niveau du visage, au niveau des muscles de l'abdomen avec une tachycardie et une sensation de chaleur non naturelle. Le patient pense également avoir un problème de candidose prouvée par des taux d'arabinose augmentés et être allergique à des antigènes du candida, raison pour laquelle il aurait souvent des réactions d'anaphylaxie. Le patient évoque plusieurs études trouvées sur Internet sur la base desquelles il aurait déjà eu plusieurs examens, en Allemagne, à Zurich, au CHUV et à Genève. Le dossier médical qu'il a remis au médecin en format électronique compte 231 fichiers. L'auteur du rapport se réfère à un résumé - figurant à la fin de son rapport - du nombre impressionnant de bilans effectués depuis 1994 (dont la plupart des examens par le patient lui-même en raison de ses connaissances en biologie) excluant d'ailleurs grand nombre de pathologies suspectées. Durant l'année 2013/2014, il a consulté aux HUG en infectiologie pour une borréliose (exclue, avec sérologie négative), en endocrinologie pour un syndrome endocrinien éventuel (pas de valeur pathologique), en chirurgie de la main pour une arthrite (radiographies normales), et trois fois aux urgences pour des troubles somatoformes. Une évaluation psychiatrique récente, effectuée par la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie aux HUG, suite à une consultation aux urgences le 15 janvier 2014 pour une crise de panique, a montré des idées hypochondriaques obsédantes avec des recherches continues sur Internet, et également présence de troubles cénestopathiques ; des diagnostics d'anxiété généralisée avec trouble panique sans agoraphobie et de troubles somatoformes non différenciés ont été posés. Le patient avait refusé un suivi psychiatrique. A l'anamnèse sociale, le patient se serait séparé de sa partenaire en mars 2013 ; patient d'origine hongroise et ayant déménagé en Allemagne puis à Zurich ; il était actif dans le domaine de la psychologie ainsi que dans l'informatique. Il n'a pas d'enfant. Allergies : absence d'atopie, de rhino-conjonctivite allergique ; anamnèse familiale : père avec problèmes de santé liés au candida;

- rapport du 21 avril 2014 de la doctoresse E\_\_\_\_\_, FMH en neurologie, EEG, ENMG : a vu le patient à sa demande pour des plaintes cognitives. Il se plaint en effet de difficultés de concentration, il lui semble que celles-ci surviennent de façon systématique en période postprandiale, trois heures après chaque repas. Ces difficultés entraînent un ralentissement du transit. Ces troubles le gênent depuis environ vingt ans. Au début ils survenaient uniquement après le repas de

midi, mais le phénomène s'est progressivement aggravé jusqu'à l'obliger à arrêter de travailler en mars (ndr. probablement 2013). Il est impossible de savoir s'il a été licencié ou s'il a de lui-même arrêté de travailler. Il explique qu'il s'est mis à manger seulement deux fois par jour, pour éviter ce phénomène. Il aurait bénéficié d'un suivi psychiatrique pour un éventuel syndrome d'Asperger dans l'enfance, sans suites, et aurait effectué des tests neuropsychologiques dans le cadre de sa recherche : réputés normaux. Tous les examens somatiques et en particulier gastro-entérologiques se sont révélés normaux. Son traitement actuel se compose de : oméga 3, Mg, techniques de concentration. Son sommeil était bon jusqu'il y a deux semaines, où il a présenté un syndrome grippal et débuté les oméga 3. Depuis lors, il se sent « plus éveillé ». À l'examen clinique des fonctions supérieures : droitier, discours marqué par des digressions et une tendance à la pensée opératoire ; nerfs crâniens intègres ; système pyramidal, extra-pyramidal, périphérique, coordination intègres ; équilibre et marche intègres. En conclusion, ce patient se plaint de trouble de concentration postprandial, qui évoque d'éventuels troubles attentionnels. L'examen neurologique complet est strictement normal. Il existe une certaine accélération de la pensée, qui justifierait une évaluation et un suivi psychiatrique. Ce médecin n'a aucun argument anamnestique ou clinique pour évoquer une pathologie neurologique. De plus, ce patient a semble-t-il bénéficié d'une IRM cérébrale au centre de radiodiagnostic de Carouge, tout récemment, avec, à sa demande, la réalisation d'une spectroscopie. L'ensemble de l'examen est strictement normal, d'après le contact téléphonique qu'elle a eu avec le médecin traitant.

6. Le 10 juillet 2014, l'assuré a pris contact avec l'OAI pour lui indiquer qu'il était désormais suivi par un psychiatre, le Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH.
7. Le Dr F\_\_\_\_\_ a adressé un rapport (formule-questionnaire de l'OAI) le 9 septembre 2014 : il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hypocondrie (300.7) et de troubles des conduites alimentaires non spécifiées (307.50), depuis fin 2012. Il suivait le patient depuis juin 2014 (en cours), le dernier contrôle datait du 4 septembre 2014. A l'anamnèse, la symptomatologie a émergé progressivement à la fin de 2011, après une séparation affective. Les symptômes se sont aggravés en 2012 pour des problèmes au travail. À fin 2012, le patient a quitté son emploi pour se concentrer exclusivement sur les problèmes digestifs. Quant aux symptômes actuels, le patient nourrit la préoccupation d'être atteint de troubles digestifs fondés sur l'interprétation erronée des signes de la digestion, qui a déterminé la mise en place d'une diète cétogène (pauvre en glucides) : la conséquence a été une altération de l'état de l'attention avec hypersomnie. Altération du fonctionnement social et professionnel qui se prolonge vers la fin de 2012, avec peu de prise de conscience. Indications subjectives du patient : difficultés postprandiales, hypersomnie, impossibilité de concentration, fatigue

---

pendant toute la journée/détachement, ruminations, recherches d'explication rationnelle sur le fonctionnement de l'axe « gut-brain ». Le pronostic était positif : patient coopératif ayant un grand désir de résoudre son état pathologique. Nature et importance du traitement actuel : psychothérapie cognitive. Pas de médication. L'incapacité de travail dans la profession de chercheur universitaire était de 100 % pour une durée indéterminée, en raison de l'hypersomnie, des ruminations et de l'altération de l'attention, se manifestant par une impossibilité de concentration.

8. Le 21 avril 2015, le service médical régional - Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ - (ci-après : SMR) a émis un avis médical : au vu des éléments recueillis, il semble que l'assuré soit totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de chercheur, ceci à 100 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2013. Il convient d'interpeller le psychiatre traitant pour qu'il décrive l'évolution de l'état de santé du patient depuis septembre 2014, indique le traitement en cours et précise l'observance thérapeutique, définisse les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la santé retenue comme incapacitante, indique, d'un point de vue strictement psychiatrique, quelle est la CT du patient dans son activité habituelle, à quel taux et depuis quand ; et quelle serait la capacité de travail du patient dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis quand une telle activité aurait-elle été possible et à quel taux (respectivement nombre d'heures de travail possible par jour).
9. Le Dr F\_\_\_\_\_ a répondu, à fin mai 2015, à l'OAI, par téléphone, qu'il ne voyait plus l'assuré depuis déjà décembre 2014.
10. Interpellé sur sa situation actuelle, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il n'avait plus consulté le psychiatre traitant susmentionné, durant une période, car il avait eu d'autres problèmes médicaux ; il avait toutefois l'intention de revoir ce médecin. Il avait en revanche revu son médecin traitant.
11. Dans un rapport médical intermédiaire du 29 juin 2015, le médecin traitant indique que l'état de santé était resté stationnaire (depuis son dernier rapport), sans évolution significative, ni modification de status. Il n'y avait pas de thérapie en cours, car pas de diagnostic. Le pronostic était réservé. S'agissant des limitations fonctionnelles observées, il précisait : asthénie marquée, empêchant le patient de travailler plus de deux heures par jour. La compliance était optimale : le patient participe très activement à la recherche des causes de son problème et fait tout pour se soigner, malheureusement sans résultat jusqu'ici. Une reprise du travail n'était pas possible actuellement, vu que le diagnostic assorti d'une thérapie n'était pas établi. Le médecin traitant a enfin indiqué que les symptômes sont bien réels, mais la difficulté à trouver leur origine, malgré de nombreuses consultations spécialisées, pose un gros problème. Il préconise une expertise multidisciplinaire, notamment psychiatrique, par l'intermédiaire du service médical de l'OAI.

En complément à ce rapport, il a indiqué dans un courrier du même jour que des diagnostics supplémentaires sont apparus : une consultation spécialisée en pneumologie a démontré un possible syndrome d'hypoventilation alvéolaire

centrale, en cours d'investigation, le patient allant consulter le Docteur H\_\_\_\_\_ à Bâle. Par ailleurs une réactivation du virus d'Epstein-Barr a été mise en évidence. D'autre part, le patient avait été reçu à la polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) pour investigation d'une suspicion de Syndrome de Fatigue Chronique (SFC). Vu à de nombreuses reprises, il a bénéficié d'un bilan extensif qui a conclu à l'inexistence du syndrome suspecté. Il a été conseillé au patient de renoncer à rechercher une explication à ses troubles et d'envisager une prise en charge psychiatrique. D'entente avec le Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre, le patient avait informé le médecin traitant que cette prise en charge était pour l'instant mise en attente au profit de la recherche de la cause. Depuis qu'il souffre de son problème de santé, l'intéressé met rationnellement tout en œuvre pour sortir de sa situation. Il a consulté, de son propre chef, de nombreux spécialistes ; vu sa profession, il investigué dans la mesure de ses "faibles moyens" de nouvelles pistes pour comprendre sa maladie. Certaines des suggestions de recherches qu'il a faites lui-même se sont révélées exactes. Vu son intelligence et sa formation (docteur en informatique) le médecin traitant se dit absolument convaincu que l'assuré veut travailler et qu'il trouverait facilement un emploi dans un domaine où il pourrait travailler avec succès et plaisir. C'est le problème médical dont il souffre et qui reste jusqu'ici inexpliqué, donc non traité, qui l'en empêche.

D'autres documents médicaux ont été annexés à ce courrier, notamment des rapports de consultations spécialisées (docteur J\_\_\_\_\_, FMH en pneumologie ; consultation de consilium de la PMU de Lausanne, retenant les diagnostics de somnolence postprandiale d'origine incertaine, de trouble de la personnalité schizoïde versus schizotypique, de syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré et hypocalcémie nocturne, ainsi qu'une anémie normocytaire normochrome à investiguer.

12. Dans un avis du 14 juillet 2015, le SMR, au vu des derniers rapports médicaux produits, propose la mise en place d'une expertise multidisciplinaire avec volets psychiatrique, de médecine interne et de pneumologie via la plate-forme MED@P.
13. L'OAI a informé l'assuré de la mise en place d'une expertise médicale pluridisciplinaire, lui soumettant le projet de mission, et lui impartissant un délai de dix jours pour qu'il se prononce tant sur le principe de l'expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique et un volet de médecine interne, que sur les questions ou éventuelles questions complémentaires à poser aux experts ; le centre d'expertise serait choisi selon le mode aléatoire prévu par les dispositions légales applicables.
14. L'assuré a réagi par courriel du 4 août 2015, en posant diverses questions d'ordre pratique (langues parlées par les experts choisis, durée d'un examen, etc.).
15. Par courriel du 8 mars 2016, SuisseMED@P a indiqué à l'OAI que le mandat d'expertise avait été attribué à la Clinique Romande de Réadaptation, Centre d'évaluation et de consultation (ci-après : CRR).

16. La CRR a rendu son rapport le 8 juin 2016. Les conclusions des experts se basent sur le dossier médical mis à disposition par l'OAI, l'anamnèse et l'examen clinique de l'expert principal, la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, l'expertise pneumologique du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, l'expertise psychiatrique du docteur M\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'expertise neuropsychologique de Monsieur N\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste FSP en neuropsychologie ; et pour terminer un entretien de synthèse.

Après une énumération des pièces principales du dossier et le résumé de leur contenu, le rapport consigne l'anamnèse détaillée (familiale, personnelle et sociale, professionnelle et médicale ainsi que les plaintes actuelles de l'expertisé, la description du déroulement d'une journée-type, ainsi que des renseignements sur l'éventuel traitement en cours : l'assuré ne prend aucun traitement. Il dit avoir essayé plus d'une cinquantaine de médicaments qui n'ont eu qu'un très léger effet voire aucun ; il explique être encore en recherche d'une explication à ses maux, d'abord par ses recherches sur les taux de cytokines sanguins. Sont ensuite consignées les données objectives comportant l'observation générale sur le comportement de l'assuré pendant l'examen, les caractéristiques principales des status par système, et l'examen des documents d'imagerie (énumération de chacun des documents avec un bref rappel des conclusions du rapport).

Sur quoi les experts ont retenu comme unique diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail celui d'hypocondrie délirante (F22. 0) ; et sans répercussion sur la capacité de travail ceux de probable syndrome d'Asperger (F84.5), syndrome de Gilbert (E80.4), intolérance au lactose (E73.9), lombalgies récurrentes communes sur troubles statiques (M54.5). Aux termes d'un chapitre consacré à la discussion du cas, les experts énoncent leurs conclusions : au terme de l'entretien de synthèse, les experts s'accordent unanimement à retenir une atteinte significative à la santé psychique sous la forme d'une hypocondrie délirante. Cette atteinte du registre du trouble psychotique génère d'importantes limitations fonctionnelles abaissant les ressources. L'incapacité (recte : la capacité) à planifier et structurer les tâches est diminuée par les plaintes cognitives résultant avant tout de troubles de la pensée consécutifs à la psychose. La flexibilité et les capacités d'adaptation sont nettement diminuées devant l'ampleur des symptômes. Bien que l'assuré dispose d'excellentes ressources intellectuelles, les troubles psychotiques ne lui permettent plus d'y accéder, l'usage des compétences spécifiques est nettement diminué. Il en est de même pour la capacité de jugement, de prise de décision et l'endurance qui sont abaissées par les symptômes de fatigue sévère. En définitive, cet assuré est dans une incapacité de travail complète dans quelque activité que ce soit depuis que le dossier mentionne la décompensation des troubles, soit depuis décembre 2013. Le pronostic est très réservé, ce genre de troubles étant la plupart du temps résistant à la psychothérapie et aux approches médicamenteuses. Un neuroleptique est en outre susceptible d'augmenter la sédation. Pour cette raison, des mesures de

reconversion professionnelle n'entrent pas en considération. Cette appréciation peut donc être considérée comme étant définitive, sous réserve d'une efficacité d'un éventuel traitement psychiatrique.

17. Par courrier du 4 juillet 2016, l'assuré s'est adressé à l'OAI, observant ce qui suit : « vous avez la tâche pas si simple d'évaluer mon cas. Pour faciliter votre décision je vous envoie les deux documents (présentés à la CRR)... » Ces documents étant en anglais, il propose de les traduire en français et si l'office ne les comprend pas, « comme à la fois ma capacité de travail, ainsi que mon français sont quasi inexistantes cela est une tâche difficile et de longue durée », il demande pour cela un délai suffisant.

Le premier document évoqué (ndr. : en traduction libre) sous le titre « gagner de l'argent est facile... » Il commence par ceci : « Chers Docteurs, je suis sûr que vous êtes quelquefois confrontés à des gens qui veulent obtenir des rentes d'invalidité simplement parce que c'est sans effort, ou parce que c'est même plus que ce qu'ils pourraient gagner en travaillant. Ils tirent un profit financier en étant au bénéfice de l'invalidité. Par conséquent vous devrez évaluer ce risque dans chaque cas de manière à vous assurer que ces rares ressources ne sont pas dépensées pour des gens qui veulent abuser du système de l'assurance-invalidité suisse. Par la présente je vous expose les faits qui vont suivre, pour que vous puissiez évaluer si j'appartiens à cette catégorie. » Il évoque, par des exemples documentés plusieurs de ses réalisations et les succès qu'il a rencontrés, avec les retombées financières qui ont suivi, et qu'il pourrait encore réaliser s'il était en bonne santé. Il mentionne notamment l'entreprise qu'il a créée à Zurich (Science for Business GmbH), qui a développé un programme (software) permettant d'offrir à d'autres entreprises un service de développement d'affaires appelé « 360° feedback ». Un seul contrat avec un client individuel avait déjà rapporté CHF 45'000.-. Il employait deux personnes. En raison de ses problèmes de santé, son énergie était insuffisante pour continuer. S'il était en bonne santé, il pourrait poursuivre cette activité en procurant un emploi à lui-même et à d'autres. Il évoque également un livre dont il est l'auteur, concernant un projet de management, vendu en ligne sur Amazon.de, qui était en tête de liste dans son domaine, pendant des années, qui a été réédité et qui a fait l'objet d'une seconde édition en raison de la demande continue. Mais la plus grande partie du bénéfice est revenue à l'éditeur. Aujourd'hui il est toutefois facile, dans son domaine, de publier des livres électroniques dont il conserverait le droit d'auteur et dont la plupart des revenus lui seraient acquis. Ayant réussi dans le passé, il estime pouvoir prétendre que ceux-ci lui garantiraient un revenu à l'avenir, s'il était en bonne santé. Il donne d'autres exemples de ses activités passées (expérience de management comme chef de projet, à la tête de vingt-cinq personnes ; enseignement à l'Université de Zurich,...) qui lui permettraient de gagner confortablement sa vie s'il était en bonne santé.

Le second document évoqué (ndr. : en traduction libre) sous le titre « développement de mes plaintes » débute ainsi : « Chers Docteurs, vous avez la

tâche difficile de juger si les gens qui prétendent être incapables de travailler le sont vraiment. C'est ainsi qu'on pourrait le voir au regard de l'historique de mes emplois. En fait, le contraire est vrai. Ma santé a décliné sur de nombreuses années, dégradation qui devint de plus en plus sévère jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible d'accomplir le moindre travail. Je vais d'abord exposer le développement de mes plaintes liées au handicap, et j'énumérerai ensuite les éléments documentés dans des rapports médicaux ». Il décrit qu'ensuite la lente progression de ses plaintes à travers les années. Il explique que celles-ci ont commencé déjà en 1995 à une époque où elles n'affectaient pas sa capacité de travail. Au cours des années, il avait besoin de périodes de plus en plus longues à rester couché après les repas, ce qui finalement l'a conduit à l'incapacité de travail. La progression a été lente. Même en 2001, lorsqu'il travaillait comme chef de projet à la tête de vingt-cinq employés, il pouvait toujours s'arranger pour faire une courte sieste après les repas. La maladie ne l'empêchait pas d'être à plein rendement dans son emploi. Cependant, depuis 2004, il a dû changer d'emploi pour un travail dans les sciences, car le rythme de travail était plus flexible ce qui lui permettait de gérer ses besoins croissants de siestes aussi bien que les épisodes inexplicables de difficultés de concentration et de fatigue. Dans l'intervalle, il pouvait se concentrer dans son travail de chercheur, avoir des succès et gagner un bon salaire. Pour l'essentiel il pouvait travailler pleinement, en rattrapant sur sa vie privée le temps perdu à cause de la maladie. Il a ainsi dû sacrifier toute sa vie privée, sauf sa compagne, pour être encore capable de faire son travail. Il passait le reste du temps à dormir, à être fatigué et avoir des problèmes de concentration. Vers mi-2012, les choses ont progressé jusqu'à un sérieux avertissement de son patron à l'université de Genève, lui indiquant que la qualité de son travail était insuffisante, qu'il ne publiait plus rien, qu'il n'allait plus aux conférences, etc. Il explique qu'en réalité, la moitié du travail d'un chercheur est consacrée à la recherche, l'autre moitié à la publication, à la discussion entre collègues et à la rédaction de propositions pour obtenir des fonds pour les missions suivantes. Il n'était capable que de faire la première moitié. Il aurait dû demander une rente à 50 % à ce moment-là, mais malheureusement son médecin ne lui avait pas dit que cela existait. Dans les premiers mois de 2013, il avait essayé de terminer son projet sans être payé, avec une capacité de travail de quelques heures par jour, mais sa santé a fini par s'effondrer et il a dû renoncer. Il a déposé sa demande d'invalidité au moment où elle avait atteint 100 %. Il énumère ensuite les rapports médicaux de 2000 à 2014 mettant en évidence les remarques au sujet de l'évolution de son état de fatigue, et de l'apparition de l'incapacité de travail et des symptômes, à raison d'une semaine par mois en 2010 selon le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ de Zurich.

18. Le 23 août 2016, le SMR s'est prononcé dans un nouvel avis, après l'expertise de la CRR. Il considère que cette expertise a pleine valeur probante ; après en avoir notamment rappelé les conclusions, soit qu'au vu du diagnostic retenu d'hypocondrie délirante, les limitations fonctionnelles consistant notamment dans le fait que la capacité à planifier et à structurer les tâches, la flexibilité et les capacités d'adaptation sont perturbées, que l'intéressé a des difficultés à accéder à ses

ressources intellectuelles, que les compétences spécifiques sont diminuées, de même que sa capacité de jugement et de prise de décision, de sorte que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis décembre 2013, le SMR s'est rallié à l'avis des experts.

19. L'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente en date du 1<sup>er</sup> septembre 2016. Le SMR a conclu que sa capacité de travail est nulle dans toute activité professionnelle depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2013 (début du délai d'attente d'un an) Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014 (soit au terme du délai d'attente d'une année) il a droit à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.
20. Par courrier du 12 septembre 2016, le recourant s'est adressé à l'OAI : faisant usage de son droit de présenter des objections, avant d'entrer dans les détails, il souhaitait savoir de quelle source l'OAI avait tiré l'information que la date de départ de son incapacité de travail aurait été le 1<sup>er</sup> décembre 2013. Il sollicite copie du rapport de l'expertise de la CRR, relevant que des tests médicaux avaient été effectués, dont il voudrait utiliser les résultats pour améliorer sa santé.
21. Par courrier du 14 septembre 2016, l'OAI a indiqué que la date du 1<sup>er</sup> décembre 2013 avait été retenue sur la base de l'expertise de la CRR. L'office ne pouvait pas donner suite à sa demande de copie de l'expertise, dans la mesure où elle contenait des données sensibles. Il était invité à donner procuration à son médecin (selon formule annexée), de manière à ce que ce document soit adressé à ce dernier et qu'il puisse en prendre connaissance avec son médecin.
22. Par courrier recommandé et sous pli simple du 20 septembre 2016, l'OAI a encore écrit à l'assuré, réitérant les raisons pour lesquelles il estimait ne pas pouvoir lui transmettre directement copie de son dossier, lui faisant encore observer que le délai de trente jours pour faire part de ses observations ne pouvait être prolongé ; il était dès lors invité à compléter ses objections par des éléments circonstanciés. Sans nouvelles de sa part une décision identique au projet serait rendue, avec possibilité de recourir.
23. Par courrier du 3 octobre 2016, se référant au projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre, au courrier susmentionné, et en dernier lieu à un entretien téléphonique du 29 septembre 2016, au cours duquel il lui avait été indiqué que pour étayer son objection, il devait fournir la date du début de son incapacité de travail documentée par une preuve médicale, il a rappelé que ses troubles s'étaient développés sur plusieurs années, de sorte que l'on ne pouvait pas déterminer une date précise dès laquelle tout aurait commencé. Il a repris son argumentation précédente, rappelant la progression de ses atteintes depuis 2010 ; observant que déjà dans la seconde moitié de 2012, alors qu'il était déjà de plus en plus incapable de travailler, recevant toujours un salaire, il n'était pas approprié de demander des prestations d'invalidité. Il répétait une fois encore que l'on pouvait se demander pourquoi il n'avait pas sollicité les prestations déjà à l'époque où sa capacité de travail était réduite, relevant à ce sujet que la raison tenait simplement au fait qu'il ne savait pas qu'une

incapacité partielle de travail « existe légalement », et que son médecin ne lui avait rien dit à ce sujet. Il a produit une nouvelle fois des documents qu'il avait déjà versés à la procédure, et a retourné à l'office la procuration nécessaire pour que ce dernier puisse adresser copie de son dossier à son médecin, désignant à cette fin la docteure P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale.

24. Par courrier du 6 octobre 2016, l'OAI a adressé un CD-ROM de son dossier à la Dresse P\_\_\_\_\_, lui impartissant un délai au 31 octobre 2016 pour apporter ses remarques concernant le projet de décision susmentionné.
25. Sans nouvelles, ni de l'assuré ni de son médecin traitant, l'OAI a relancé le premier par courrier du 5 décembre 2016, l'invitant à lui transmettre les éléments médicaux pour compléter à son audition.
26. Le recourant a réagi par courrier du 11 décembre 2016, demandant à l'office de lui préciser quels documents médicaux manquaient. Selon lui, tout avait déjà été envoyé. Il récapitulait les documents médicaux énumérés dans son courrier de début octobre, concluant qu'il était toujours « motivé » pour présenter à l'office tous les documents dont il aurait besoin, mais il n'avait malheureusement vraiment aucune idée de ce qu'il pourrait ne pas avoir présenté. Si des duplicata étaient nécessaires, l'office était prié de le lui faire savoir.
27. Par courrier du 14 décembre 2016, l'office a répondu au courrier précédent, précisant à l'assuré que, dans la mesure où la date du 1<sup>er</sup> décembre 2013 avait été fixée selon le rapport d'expertise de la CRR, s'il entendait contester cette date, il devait fournir des pièces médicales contredisant le rapport d'expertise. Un nouveau délai au 15 janvier 2017 lui était imparti à cette fin.
28. Par courrier du « 13 décembre 2016 », reçu le 13 janvier 2017, l'assuré a répondu au courrier précédent : il a ainsi pointé la phrase du rapport d'expertise mentionnant la date de décembre 2013, observant qu'il était fait référence à une décompensation des troubles qui serait survenue à cette époque. Or, le rapport recensait en détail tous les principaux événements médicaux et les diagnostics, parmi lesquels il n'y avait aucune mention de décompensation en décembre 2013. Il avait lu le dossier de la première à la dernière page, et il n'y avait pas non plus une seule mention d'une décompensation en décembre 2013, ni à la fin de 2013. Il n'y avait même aucune mention d'un événement médical à ce moment-là. Au contraire, il est fait référence à une détérioration à partir de 2011 jusqu'à la fin 2012, selon notamment les rapports des Drs B\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, ce qui apparaissait cohérent par rapport à toute la documentation et les principaux rapports médicaux sur lesquels son cas est basé. En conséquence, il invitait l'office à corriger la date du début de son incapacité à décembre 2012. Il avait ainsi contesté le rapport d'expertise, et pour ce qui est des documents médicaux complémentaires justifiant cette contestation, il se référait aux documents qu'il avait déjà produits en annexe à ses courriers précédents. Si l'office avait besoin d'éclaircissements supplémentaires, il suggérait d'interpeller la Dresse K\_\_\_\_\_ (expert principal) de la CRR en lui demandant si le

rapport ne contenait pas une erreur de frappe (2013 au lieu de 2012) et sinon de justifier « décembre 2013 ». Et finalement, si ce courrier n'était pas suffisant à justifier la modification demandée, il suggérerait une entrevue avec la Dresse K\_\_\_\_\_, les résultats de la discussion pouvant faire l'objet d'un procès-verbal, ce qui lui paraissait plus efficace, vu la complexité du dossier, que des échanges de correspondance.

29. Par courrier du 17 janvier 2017, l'office a répondu à l'assuré que son dossier était transmis au SMR, chargé de l'examiner sous l'angle des conditions médicales. Pendant cette période d'évaluation, susceptible de durer trois mois au minimum, l'office ne serait pas en mesure de le renseigner sur l'état d'avancement de son dossier. La procédure serait reprise à l'interne dès réception de l'appréciation du SMR, et il serait tenu informé.
30. Dans un nouvel avis du 6 mars 2017, le SMR se prononçant sur l'audition, relève que l'assuré n'apporte pas de nouvelles pièces médicales qui n'auraient pas déjà été évaluées par le SMR. Il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport SMR du 23 août 2016.
31. Sur quoi, l'OAI a transmis à la caisse de compensation une nouvelle version de la motivation de la décision à rendre, conforme au projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2016, mais actualisé par la position du SMR sur audition.
32. Par décision du 26 septembre 2017 l'OAI a alloué à Monsieur A\_\_\_\_\_ une rente simple ordinaire et entière de CHF 894.- pour décembre 2014, portée à CHF 897.- dès janvier 2015, sur la base d'un revenu annuel moyen déterminant de CHF 49'350.- pour une durée de cotisations de neuf années et un mois, déterminant l'échelle de rente 21 échelle partielle, pour degré d'invalidité de 100 %.
33. Par courrier du 21 octobre 2017 l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut implicitement à l'annulation sinon à la réforme de cette décision. L'intimé ne justifie pas sur quelle base il s'est fondé pour prendre en compte la date du 1<sup>er</sup> décembre 2013 comme date de début de son invalidité, et non pas celle du 1<sup>er</sup> décembre 2012.
34. L'OAI a répondu au recours par courrier du 15 novembre 2017. Il propose implicitement l'admission du recours dans la mesure suivante : ayant repris l'examen du dossier et soumis celui-ci à l'appréciation du SMR, ce dernier considère que les conclusions des experts de la CRR du 8 juin 2016 ne peuvent être suivies en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, laquelle doit être fixée en décembre 2012. Suivant aux conclusions du SMR l'intimé propose ainsi que le droit à la rente soit ouvert dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014 en lieu et place du 1<sup>er</sup> décembre 2014.
35. Par courrier du 21 novembre 2017, la chambre de céans a communiqué la réponse de l'intimée au recourant, en l'invitant à lui indiquer si, au vu de la proposition de l'intimé, il s'estimait satisfait dans son recours. À défaut il lui était loisible de

consulter le dossier et de présenter une éventuelle réplique, ceci d'ici au 15 décembre 2017.

36. Dans le délai imparti le recourant a sollicité un délai supplémentaire pour se prononcer sur la question de savoir s'il acceptait la nouvelle date de début du paiement de sa rente. Non spécialiste en la matière, il souhaitait se renseigner. Vu sa grave maladie, il devait disposer de temps pour se renseigner en détails sur les règlements.
37. Dans le long délai prolongé qui lui a été consenti (31 janvier 2018), le recourant a indiqué qu'en lisant le texte de la loi sur l'invalidité il réalisait que sa compréhension était erronée. Il indique en substance que le calcul de l'intimé était conforme à la loi, mais il se sentait indûment sanctionné, en raison d'une importante et inutile perte de temps pour le dépôt de sa demande au 17 avril 2014. Il s'efforce toujours de faire au mieux pour respecter les règlements et les délais, mais il a des difficultés pour « faire avancer les choses » ; tout le dossier prouve qu'il est incapable de faire les choses ou de les juger correctement, a fortiori pour comprendre la subtilité de la réglementation sur l'assurance-invalidité. Dans un tel cas, un médecin devrait déposer une demande de prestations pour le patient. De 2012 à 2014 il était fréquemment pris en charge par le Dr B\_\_\_\_\_, son médecin de l'époque ; c'est lui qui avait prescrit un arrêt de travail pour toutes ces années, de sorte qu'il aurait pu et dû faire une demande d'invalidité pour lui, ce qu'il n'a pas fait. Il sollicitait aide et conseils de la juridiction, pour trouver une solution adéquate à son cas.
38. La chambre de céans lui a précisé qu'elle n'était pas habilitée à répondre à ses questions, et lui a adressé une liste d'organismes où il pourrait solliciter les conseils juridiques idoines ; l'échéance du délai fixé lui était rappelée.
39. Le recourant s'est à nouveau adressé à la chambre de céans, à l'échéance du délai imparti, indiquant être en contact avec les organismes signalés par la chambre de céans dans son précédent courrier, ce qui prendrait encore un peu de temps pour sa détermination.
40. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 19 février 2018, en présence d'un interprète en langue allemande pour le recourant:  
  
Le recourant a déclaré : " Pour répondre à la première question qui m'est posée, savoir si j'accepte la proposition de l'OAI de fixer l'incapacité de travail durable au 1er décembre 2012 comme je le demande dans mon recours au lieu du 1er décembre 2013 comme le retenait l'OAI dans la décision entreprise, je suis naturellement d'accord avec cette proposition qui est conforme à mes conclusions. Je précise que je suis d'accord avec la date proposée mais pas avec les conclusions qu'en tire l'OAI, au sujet de la date fixée pour le début du droit à la rente.  
  
Vous m'expliquez la manière dont le calcul a été fait pour déterminer le début du droit à la rente au 1er octobre 2014 au lieu du 1er décembre 2014 selon la décision (ent)reprise. En résumé, il s'agit du début du 6ème mois depuis le dépôt de la

demande de prestations. Vous me demandez si j'ai compris que c'est ainsi que le prévoit la loi. Oui j'ai compris. Mais je voudrais néanmoins vous expliquer que dans mon cas particulier je devrais réunir les conditions pour obtenir des prestations pour une période antérieure à celle proposée par l'OAI. Je vous remets à ce sujet un extrait du commentaire de VALTERIO soit le chiffre 2191 page 592 sous le chapitre relatif aux prestations. Je remets copie de ce document également à la partie adverse."

La représentante de l'intimé a réagi : " Le principe évoqué dans l'extrait de doctrine présenté par le recourant ne s'applique clairement pas dans sa situation, comme le texte l'indique lui-même en tout cas dans la lecture que j'en fais. J'observe encore que le recourant n'indique pas les motifs pour lesquels il ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit aux prestations.

Le recourant a repris : " Pour répondre à l'intimé, sur les motifs pour lesquels je ne pouvais pas connaître, je me réfère à l'expertise de quelques 160 pages sur laquelle l'OAI s'est fondé, et aux termes desquelles l'expert a considéré que j'étais incapable de discernement. J'ajoute encore que de nombreuses personnes considèrent qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec moi, de sorte que je ne peux effectivement pas savoir ce qui se passe et comprendre ce qui m'arrive."

41. 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<sup>er</sup> 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable, respectivement si sur la date de début du droit au paiement de la rente.
5. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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).

7. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).
8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

---

porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

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

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985

---

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

11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
12. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.
13. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la

---

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

14. a. En l'espèce, le recourant a contesté, déjà au stade de l'audition après communication du projet d'acceptation de rente, la date retenue par l'intimé (1<sup>er</sup> décembre 2013) pour fixer le jour dès lequel l'assuré a présenté une incapacité de travail durable au sens de l'art. 28 LAI, estimant qu'à teneur du dossier et des pièces médicales produites, cette date devait être fixée au 1<sup>er</sup> décembre 2012, soutenant à cet égard que la date retenue par les experts de la CRR (décembre 2013) ne reposait sur aucune base médicale. Contrairement à ce que les experts avaient retenu, une décompensation survenue en décembre 2013, aucun document médical versé au dossier ne faisait état d'une telle décompensation, à ce moment-là, ni même du moindre événement médical particulier à cette époque. Il suggérait d'ailleurs que le rapport d'expertise puisse comporter une erreur de plume (2013 au lieu de 2012). Le SMR ayant considéré, en mars 2017, que l'assuré n'apportait dans le cadre de l'audition, aucune nouvelle pièce médicale qui n'aurait pas déjà été évaluée par le SMR, il en restait à son avis précédent, entérinant les conclusions des experts de la CRR, l'OAI l'ayant suivi et rendu sa décision d'octroi de rente, conforme au projet de décision du 1<sup>er</sup> septembre 2016, le recourant a repris son grief au stade du recours.

b. Dans le cadre de sa réponse, l'intimé ayant une nouvelle fois soumis le dossier au SMR, ce dernier, après avoir réexaminé l'ensemble du dossier a finalement conclu que les conclusions des experts de la CRR du 8 juin 2016 ne pouvaient être suivies en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, laquelle devait être fixée en décembre 2012. Ayant suivi l'avis de son service médical, l'intimé a en conséquence déterminé la date du début du droit au versement de la rente au 1<sup>er</sup> octobre 2014, au lieu du 1<sup>er</sup> décembre 2014, la date déterminante n'étant plus fixée en fonction de l'échéance du délai d'attente d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 lettre c LAI, mais à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, soit dès le jour du dépôt de la demande de prestations (le 22 avril 2014), respectivement au début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

Le recourant a confirmé lors de son audition qu'il admettait donc la proposition de l'OAI, de fixer la date litigieuse au 1<sup>er</sup> décembre 2012, comme il y concluait dans son recours. Cette question n'est donc plus litigieuse, et le recours sera admis sur ce point.

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

était réduite, car il ne savait pas qu'une incapacité partielle de travail « existe légalement », et que son médecin ne lui avait rien dit à ce sujet. Lors de son audition par la chambre de céans, il a persisté dans son argumentation, estimant que, dans son cas particulier, il devrait réunir les conditions pour obtenir des prestations pour une période antérieure à celle proposée par l'OAI. Il se prévalait d'un extrait de doctrine, lequel, se référant aux directives de l'OFAS, mentionne que les prestations peuvent continuer d'être allouées rétroactivement au-delà du délai de six mois, lorsque l'ayant droit ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à la prestation et qu'il présente sa demande dans les six mois à partir du moment où il en a eu connaissance (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) commentaires thématiques – Schulthess 2011, Naissance du droit à la rente – Atténuation du principe. [ch. 2191 p.592] ).

Il s'agit donc d'examiner si son objection est fondée et s'il ne peut se prévaloir du principe qu'il invoque.

La 5<sup>e</sup> révision de la LAI a notamment abrogé l'ancien art. 48 LAI, dont la teneur était la suivante jusqu'au 31 décembre 2007 : « Le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24, al. 1, LPGA (al.1). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al.2) ».

L'extrait de doctrine produit par le recourant lors de l'audience de comparution personnelle du 19 février 2018, indique : « Selon le chiffre Ch. 2028 CIIAI, les prestations peuvent continuer d'être allouées rétroactivement au-delà du délai de six mois, lorsque l'ayant droit ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à la prestation et qu'il présente sa demande dans les six mois à partir du moment où il en a eu connaissance. Il s'agit de la transposition de l'ancien art. 48 al. 2 2<sup>e</sup> phrase LAI abrogées lors de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI qui prévoyait que les prestations pouvaient être allouées au-delà des douze mois précédant le dépôt de la demande lorsque l'ayant droit ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à la prestation et présenté sa demande dans les douze mois à partir du moment où il en a eu connaissance. Cette règle n'a en revanche pas disparu pour ce qui concerne les allocations pour impotent de l'AVS (art. 46 al. 2 LAVS) [voir note 3230 et ss] Dans l'AI, il n'existe donc plus de base légale claire et nette à l'appui de la position de l'OFAS. Jusqu'au rétablissement de l'art. 48 LAI prévu par la 6<sup>e</sup> révision de l'AI, il en va de même pour ce qui concerne une demande tardive d'allocation pour impotent. » (Valterio, op.cit. ch. 2191 p.592).

Cet extrait s'inscrit toutefois dans le chapitre consacré à la naissance du droit à la rente, dans le cadre duquel l'auteur rappelle que l'art. 29 LAI, sous son titre marginal « Naissance du droit et versement de la rente », a été remanié dans le cadre de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI. Or, sous l'empire de l'ancien droit, cette disposition

visait la naissance du droit à la rente, qui est désormais réglée à l'art. 28 al. 1 lettres b et c LAI. Ainsi, cette disposition modifiée, hormis son alinéa 2 qui indique que le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière, ne s'applique pas à la naissance du droit à la rente (art. 28 al. 1 litt. b et c LAI), mais au début de son versement. Si les conditions de l'art. 28 sont données, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de ce moment-là (art. 29 al. 1 LAI). L'auteur observe que la teneur de l'art. 29 al. 1 LAI s'explique par l'abrogation de l'art. 48 LAI lors de la 5<sup>e</sup> révision. Considérant qu'il convenait d'encourager davantage les assurés à déposer le plus tôt possible une demande à l'AI, notamment en cas de maladie prolongée, ceci afin de préserver leur éventuel droit à une rente, mais de donner aussi à l'AI la possibilité d'intervenir à un stade précoce en mettant en œuvre des mesures de réadaptation, le législateur a considéré que la possibilité d'un versement rétroactif tel que le prévoyait l'art. 48 LAI n'était plus justifié. Désormais, selon le nouvel art. 29 al. 1 LAI, la rente peut être versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Le paiement rétroactif de rentes dues, mais non versées, est quant à lui réglée par l'art. 24 al. 1 LPGA (voir à ce sujet VALTERIO, op.cit. p. 591 A. Généralités). Poursuivant son exposé, l'auteur évoque le principe régissant le début du versement de la rente selon l'art. 29 al. 1 LAI, suivi du paragraphe intitulé « atténuation du principe », visé par le recourant, cité ci-dessus.

Il convient de garder à l'esprit que ce commentaire date de 2011, et si l'auteur observe, à la fin du paragraphe visé par le recourant, qu'il n'existe donc dans l'AI plus de base légale claire et nette à l'appui de la position de l'OFAS, il indique que jusqu'au rétablissement de l'art. 48 LAI, prévue par la 6<sup>e</sup> révision de l'AI, il en va de même pour ce qui concerne une demande tardive d'allocation pour impotent.

L'art. 48 LAI dont il est question a été réintroduit par l'entrée en vigueur (première phase) de la 6<sup>e</sup> révision, le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ; il a la teneur suivante : « Si un assuré ayant droit à une allocation pour impotent, à des mesures médicales ou à des moyens auxiliaires présente sa demande plus de douze mois après la naissance de ce droit, la prestation, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA, n'est allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande (al.1). Les prestations arriérées sont allouées à l'assuré pour des périodes plus longues aux conditions suivantes : a. il ne pouvait pas connaître les faits ayant établi son droit aux prestations; b. il a fait valoir son droit dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces faits (al.2) ».

Ainsi, selon le nouvel art. 48 LAI, les prestations visées ne concernent que l'allocation pour impotent, les mesures médicales ou des moyens auxiliaires, mais non plus, de manière générale comme par le passé, l'ensemble des prestations de l'assurance-invalidité, et notamment pas les rentes.

---

Dans un arrêt concernant une cause genevoise, le Tribunal fédéral a considéré que depuis l'entrée en vigueur de l'art. 29 al. 1 LAI au 1<sup>er</sup> janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente postérieurement à cette date ne peut donc pas réclamer une rente d'invalidité pour la période de douze mois précédant le dépôt de sa demande (voire pour une période antérieure, en vertu de l'art. 48 al. 2 aLAI). Il ne peut plus en effet se fonder sur l'art. 48 aLAI pour sauvegarder ses droits au sens de cette disposition, puisque celle-ci n'est plus applicable au moment du dépôt de sa demande (dans ce sens, Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2<sup>ème</sup> éd., 2010, ad art. 29 LAI p. 361). Tout au plus, peut-on se demander si la solution adoptée par la pratique administrative, selon laquelle l'art. 29 al. 1 LAI ne s'applique pas dans les cas où le délai d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI ; jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b aLAI) a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, lorsque la demande de prestations a été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard (cf. Lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS du 12 décembre 2007), est admissible. Cette règle spéciale, qui tient en quelque sorte compte de la possibilité prévue à l'art. 48 al. 2 aLAI de sauvegarder ses droits par le dépôt d'une demande de prestations dans les douze mois après la naissance du droit à la rente pour une période d'une année après l'abrogation de cette disposition, n'a pas à s'appliquer lorsque la demande de prestations a été présentée postérieurement au 31 décembre 2008, sous peine d'ôter tout effet à l'art. 29 al. 1 LAI (voir aussi, la Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011). Dans la mesure où la recourante invoque l'arrêt 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011, selon lequel l'art. 29 al. 1 LAI n'est pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (consid. 4.1), il convient de préciser que ces considérations ne sont valables que pour autant que la demande de rente ait été déposée jusqu'au 31 décembre 2008, mais non pour les situations où, comme en l'espèce, ladite demande a été présentée postérieurement à cette date (soit une fois écoulés les douze mois prévus par l'art. 48 al. 2, première phrase, aLAI) (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012, 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3).

Ainsi le principe invoqué par le recourant ne lui est d'aucun secours.

Ayant dès lors déposé sa demande de prestations en avril 2014, c'est donc à juste titre que l'intimé, ayant admis en définitive de fixer la date début de l'incapacité de travail au 1<sup>er</sup> décembre 2012, c'est à juste titre qu'il propose de ramener le début du droit au paiement de la rente au 1<sup>er</sup> octobre 2014.

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

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du 26 septembre 2017 en ce sens que le début de l'incapacité de travail durable est fixé au 1<sup>er</sup> décembre 2012 déterminant le début du droit à la rente au 1<sup>er</sup> octobre 2014 au lieu du 1<sup>er</sup> décembre 2014, et la confirme pour le surplus.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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