

# **GE\_GERICHTE ATAS/487/2014 vom 9. April 2014**

GE Cour de justice, 2014-04-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_487\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_487_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/487/2014 du 9 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/487/2014 del 9 aprile 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

A/1394/2013 - 10/18 -

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

### **E. 3.3**

et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à

A/1394/2013 - 15/18 - la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

#### **E. 4**

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

#### **E. 5**

Le litige porte sur l'amélioration de l'état de santé de l'assuré au-delà du 31 décembre 2011, sur son droit de l'assuré à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

#### **E. 6**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la

rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il

A/1394/2013 - 11/18 - convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

## **E. 7**

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

A/1394/2013 - 12/18 - accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements

et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

#### **E. 8**

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

#### **E. 9**

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

A/1394/2013 - 13/18 - examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert

aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

#### **E. 10**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance

A/1394/2013 - 14/18 - d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

#### **E. 11**

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). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés

professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid.

## E. 12

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_, qui considère que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dès le 1er janvier 2012, pour supprimer toute rente d'invalidité dès le 1er mars 2012. Se fondant sur les derniers avis du SMR, l'OAI retient que l'assuré a, à nouveau, été totalement incapable de travailler dès le mois de décembre 2012. Les deux parties, le SMR et le psychiatre traitant reconnaissent que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1er juin 2013. Le litige est donc limité à la capacité de travail de l'assuré du 1er janvier au 31 décembre 2012. En premier lieu, l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ ne peut absolument pas se voir reconnaître pleine valeur probante. L'anamnèse est incomplète et pleine d'erreurs, concernant le parcours professionnel de l'assuré, les postes à responsabilité assumés, le début des difficultés liées à la connaissance de la grave maladie de sa fille née en 2000, etc. Le ton de l'expertise est péjoratif, l'expert émet des jugements de valeur et il se fonde sur son appréciation subjective et personnelle. L'assuré n'a été entendu qu'à une reprise durant 2 heures et il n'a pas eu l'occasion de décrire les difficultés rencontrées au-delà de l'année 2002, alors que son état de santé s'est aggravé ultérieurement et que c'est depuis 2009 que son incapacité de travail est mise en avant par les médecins psychiatres. L'expert n'a pas jugé utile de contacter les psychiatres qui ont suivi l'assuré, ce qui lui aurait évité de commettre des erreurs, d'une part, quant au fait que les médecins étaient bien des psychiatres

A/1394/2013 - 16/18 - et non pas des spécialistes en médecine interne et quant au fait que l'assuré aurait interrompu tout suivi durant une période. Le diagnostic retenu d'état dépressif majeur « sub-clinique » ne semble pas répertorié. L'expert a fait passer des tests psychométriques en français à l'assuré, langue qu'il ne maîtrise manifestement pas suffisamment, pour ensuite dévaloriser les résultats obtenus, sans raison. S'agissant de ses conclusions, l'expert se contente de mentionner que l'on peut comprendre que l'assuré ait présenté une réaction émotionnelle aiguë ayant nécessité une prise en charge d'urgence au CTB d'avril à juin 2010, sans exposer ni pourquoi l'état dépressif sévère alors retenu par le Dr O \_\_\_\_\_ serait difficile à comprendre ni précisément depuis quand l'état de santé se serait amélioré au point de permettre une pleine capacité de travail et sans expliquer pourquoi cette amélioration daterait du 1er janvier 2012. Ce n'est donc pas sur la base de l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ que l'on peut déterminer si et dans quelle mesure l'état de santé de l'assuré s'est amélioré dès le 1er janvier 2012. Les rapports médicaux du Dr E \_\_\_\_\_ sont détaillés et circonstanciés. Il a au surplus répondu précisément aux questions posées par la Cour. Il a détaillé le status, précisé les limitations fonctionnelles et précisément motivé les raisons pour lesquelles l'assuré était resté totalement incapable de travailler jusqu'au 1er juin 2013. A cet égard, et contrairement à ce que soutient le SMR, le Dr E \_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'une aggravation dès le 1er décembre 2012, cette date correspondant uniquement à celle à partir de laquelle il a personnellement suivi l'assuré. Il ressort cependant des pièces du dossier et de la dernière attestation du Dr E \_\_\_\_\_, que l'assuré a été continuellement suivi par le Service de psychiatrie des HUG, dès la première prise en charge de crise, datant de septembre 2009. Après la deuxième prise en

charge de crise, entre avril et juin 2010, l'assuré a été suivi par le Dr A \_\_\_\_\_ puis la Dresse H \_\_\_\_\_, puis la Dresse I \_\_\_\_\_, sans interruption, jusqu'à la reprise du suivi par le Dr E \_\_\_\_\_ en décembre 2012. A aucun moment, les psychiatres des HUG n'ont mentionné d'amélioration notable, permettant une reprise même partielle du travail, ni d'aggravation d'ailleurs, entre novembre 2010 et décembre 2012. Le suivi a été régulier, l'assuré a été compliant, le type de traitement a dû être adapté après l'échec d'une première thérapie en 2009 au CTB, puis au gré des années qui ont suivi. Les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_ sont fondées non seulement sur les plaintes du patient, mais surtout sur ses constatations objectives, s'agissant de l'importante perte pondérale, de l'incapacité de l'assuré à gérer son administration, de la nécessité d'une prise en charge par l'assistante sociale des HUG, ne serait-ce que pour faire le lien avec l'Hospice général pour aboutir à une curatelle volontaire en juin 2012 seulement. Il ressort également du status que l'assuré avait une hygiène et une tenue négligées, qu'il avait un discours peu clair, avec une thymie abaissée, une perte de l'élan vital, des idées noires présentes en permanence, un sentiment d'incapacité et d'inutilité, un sommeil perturbé. La comparaison des status du Dr A \_\_\_\_\_, du Dr E \_\_\_\_\_ et de la Dresse P \_\_\_\_\_, liée

A/1394/2013 - 17/18 - au fait que le suivi n'a jamais été interrompu entretemps, démontrent que l'assuré n'a jamais été en rémission complète. Ainsi, la Cour estime qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré n'a pas recouvré une capacité de travail, même partielle, entre le 1er janvier et le 31 décembre 2012, qui aurait justifié la suppression voire même la réduction de la rente d'invalidité octroyée. C'est d'ailleurs au milieu de cette période que l'assuré a été mis sous curatelle volontaire, sur la base notamment d'un certificat médical de la Dresse H \_\_\_\_\_, comme cela ressort de l'ordonnance du Tribunal tutélaire. On ne conçoit pas qu'un assuré – au bénéfice d'une formation supérieure et ayant assumé des fonctions à responsabilité - totalement incapable de s'occuper de son administration, soit en mesure, même partiellement, de soutenir un entretien d'embauche et de travailler, même comme secrétaire ou dans le classement. La situation médicale de l'assuré étant clairement établie sur la base des rapports médicaux du Service de psychiatrie des HUG, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire. C'est donc à tort que l'OAI a supprimé toute rente à l'assuré dès le 1er mars 2012. Par contre, l'octroi de la rente dès le 1er décembre 2011, soit 6 mois après le dépôt de la demande le 1er juin 2011, est conforme à la loi.

### **E. 13**

Le recours, bien fondé est donc admis et la décision du 21 mars 2013 est annulée en tant qu'elle supprime toute rente d'invalidité dès le 1er mars 2012. L'assuré a droit à une rente d'invalidité entière du 1er décembre 2011 au 1er septembre 2013, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé dès le 1er juin 2013. Pour la période allant au-delà du 1er septembre 2013, la cause est renvoyée à l'OAI pour détermination du revenu d'invalidé dans une activité adaptée à 50% et détermination du taux d'invalidité puis le cas échéant pour l'octroi rapide de mesure de réadaptation, si elles devaient tendre à un reclassement dans l'enseignement et/ou d'une rente d'invalidité. L'émolument est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

A/1394/2013 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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