

## **GE\_GERICHTE A/2977/2016 vom 20. Februar 2017**

GE Cour de justice, 2017-02-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2977\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2977_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/2977/2016 du 20 février 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2977/2016 del 20 febbraio 2017

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.02.2017  
A/2977/2016

A/2977/2016 ATAS/123/2017 du 20.02.2017 ( AI ) , SANS OBJET En fait En droit Par ces motifs République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/2977/2016 ATAS/123/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 20 février 2017 9<sup>ème</sup> Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian DANDRES recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1962, a, par pli du 28 novembre 2012, réceptionné le lendemain, informé l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) qu'elle était en incapacité de travail depuis octobre 2011, qu'elle avait repris son emploi d'infirmière à mi-juin 2012, à raison de deux jours par semaine, et qu'elle avait été à nouveau en incapacité totale de travail depuis mi-octobre 2012. Son médecin-traitant, lui avait recommandé, en conséquence, de faire une demande d'AI. Elle a joint à son courrier un « Formulaire de communication pour adultes : détection précoce », daté également du 28 novembre 2012, qui précisait qu'elle souffrait d'un burnout et d'une dépression versus troubles bipolaires depuis octobre 2011.!

2. Le docteur B\_\_\_\_\_, médecin psychiatre FMH, de la clinique Belmont Sàrl, a certifié, le 8 juin 2013, soigner l'assurée, qui présentait un trouble anxio-dépressif récurrent et un trouble alimentaire sous la forme d'épisodes boulimiques (hyperphagie). Une hospitalisation à plein temps du 8 novembre au 21 décembre 2011 suivie d'une hospitalisation de jour, du 2 janvier au 4 septembre 2012, avaient amélioré son état et une reprise du travail à temps partiel avait été faite, mais sans pouvoir être poursuivie, l'état de santé de la patiente s'étant fortement dégradé. Une nouvelle hospitalisation de jour avait été mise en place dès le 26 novembre 2012 et se poursuivait actuellement. L'état était amélioré, mais restait fragile. L'employeur, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), évaluait la possibilité d'un nouvel essai de reprise du travail.!

3. Le 18 septembre 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué aux HUG qu'il pensait que l'assurée ne pourrait plus assumer son activité d'infirmière à plein temps sur une longue durée. Il n'était pas possible d'envisager une reprise complète, non seulement dans les conditions de travail actuelles, mais également dans une optique plus générale. Même si l'assurée était motivée et appréciée, elle présentait un problème de santé qui restait au premier plan et allait l'empêcher de reprendre une activité sans envisager de grosses adaptations. Elle n'était plus en mesure d'assumer le stress inhérent à sa fonction. Il était difficile de prévoir l'évolution à long terme, mais il était à craindre que la situation ne perdurât au-delà des jours de maladie amenant l'assurée en fin de droit de prestations. Il proposait d'annoncer sa situation à l'assurance-invalidité.!

4. Le 14 janvier

2013, l'OAI a suggéré à l'assurée de lui faire une demande de prestations et lui a transmis à cette fin le formulaire de demande intitulé « Demande de prestations AI pour adultes : Mesures professionnelles/Rente ».[endif]>[if> 5. L'assurée a rempli le 23 janvier 2013 le formulaire précité, qui est parvenu à l'OAI le 8 février 2013.[endif]>[if> 6. Le 18 juillet 2013, les HUG ont indiqué à l'OAI que l'assurée travaillait pour eux 28 heures par semaine depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008. Selon une note téléphonique du 12 août 2013, les HUG ont précisé que l'assurée avait essayé de reprendre deux fois son travail sans succès, car elle n'était pas assez bien et n'arrivait pas à gérer le stress et l'urgence.[endif]>[if> 7. Par décision du 7 juillet 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 84% depuis le 1<sup>er</sup> août 2013 et une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 59% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, sous réserve des indemnités journalières perçues. D'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'OAI indiquait que, selon les éléments au dossier, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité professionnelle à 70%. Dès lors, le statut d'assurée retenu dans son cas était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 70% et se consacrant à ses travaux habituels pour les 30% restants. Les empêchements dans les travaux habituels avaient été évalués à 48% lors de l'enquête à domicile. Dans la part correspondant à son activité professionnelle (70%), elle était en incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011. Au vu de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) était d'avis que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011 et de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015.[endif]>[if> 8. Le 9 septembre 2016, l'assurée a recouru contre la décision précitée concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'elle remplissait l'ensemble des conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2012.[endif]>[if> 9. Par réponse du 25 novembre 2016, l'OAI a constaté que les éléments médicaux produits à l'appui du recours attestaient d'une aggravation de l'état de santé de la recourante antérieure à la décision litigieuse. Dans ces circonstances, il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 84%), dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Ainsi, la décision devrait être modifiée dans le sens d'un octroi en faveur de la recourante d'une rente entière (degré d'invalidité de 84%) dès le 1<sup>er</sup> août 2013, d'une demi-rente (degré d'invalidité de 59%) dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 et d'une rente entière (degré d'invalidité 84%) dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Le droit à la rente ne pouvait en aucun cas naître le 1<sup>er</sup> juin 2012, car le dépôt de la demande de prestations AI n'avait été effectuée qu'en date du 8 février 2013. Le droit à des prestations ne pouvait naître que six mois après le dépôt de la demande, soit en août 2013. Avant cette date, seule une détection précoce avait été mise en place.[endif]>[if> 10. Le 16 janvier 2017, la recourante a fait siennes les conclusions de l'OAI en faveur de l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2013, puis d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 et d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Elle souhaitait que la Cour de justice statue en ce sens et s'en rapportait à justice sur le montant des dépens.[endif]>[if> 11. Sur ce, la cause a été gardée à juger.[endif]>[if> 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).[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la

loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGa). En vertu de l'art. 53 al. 3 LPGa, l'assureur peut, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. A contrario, si l'assureur a déjà envoyé sa réponse, il ne peut plus reconsidérer sa décision. Une décision « pendente lite » rendue postérieurement à l'échéance du délai de réponse est donc nulle et n'a valeur que d'une simple proposition au juge (cf. ATF 130 V 138 consid. 4.2; ATF 109 V 234 consid. 2 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1/2011 du 5 septembre 2011 consid. 1.1). En l'occurrence, il convient de constater que l'intimé a reconsidéré sa décision du 7 juillet 2016, le 25 novembre 2016, ce que l'art. 53 al. 3 LPGa l'autorise à faire. La recourante ayant acquiescé à la nouvelle décision, son recours est devenu sans objet et la cause doit être rayée du rôle. Lorsque le recours est déclaré sans objet, le recourant peut prétendre à des dépens, pour autant que les chances de succès telles qu'elles se présentaient avant que le recours ne devienne sans objet, le justifient (RAMA 2001 p. 76). Les frais et dépens sont supportés en premier lieu par la partie qui a provoqué la procédure devenue sans objet ou chez qui sont intervenues les causes qui ont conduit à ce que cette procédure devienne sans objet (ATF du 12 avril 2012 9C 372/2011). La recourante étant assistée d'un conseil et ayant obtenu partiellement gain de cause à la suite de son recours, il se justifie de lui octroyer une indemnité à titre de dépens, qui sera fixée à CHF 1'500.- Les frais seront laissés à la charge de l'État. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES 1. Prend acte de l'annulation de la décision du 7 juillet 2016 par l'intimé. 2. Déclare le recours sans objet. 3. Raye la cause du rôle. 4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens. 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 : Irene PONCET La présidente : Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le