RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2168/2005 **ATAS/781/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 20 septembre 2005

En la cause

Monsieur B_____, domicilié recourant

contre

X_____, intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né le 15 février 1955, a déposé le 16 avril 1999, auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), une demande visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'un placement. Travaillant en qualité de manœuvre-chapeur chez Y_____ SA, il avait été victime d'un accident le 14 janvier 1998, à la suite duquel il avait souffert d'une distorsion du genou gauche avec déchirure du ménisque interne et de gonalgies chroniques gauches.

   L'accident avait été pris en charge par la SUVA, laquelle avait admis une incapacité de 15%, confirmée le 23 juillet 2002 par le Tribunal administratif, fonctionnant comme Tribunal cantonal des assurances.

2. L'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle OSER qui s'est déroulé du 22 novembre 1999 au 21 février 2000. A l'issue de ce stage, il a été proposé qu'il puisse suivre une période d'entraînement et de stabilisation de ses gestes professionnels et de ses rendements dans le secteur ESPACE dans le cadre de l'atelier APAIL (atelier de préparation à une activité industrielle légère). Il a ainsi participé à cet atelier du 21 mars à fin juin 2000. Le rapport du 27 juin 2000 a conclu à la possibilité de le réadapter en tant qu'ouvrier dans l'industrie légère, dans un poste avec prédominance de la position assise. Il a ainsi été estimé que la capacité de travail était complète (100% de rendement sur un temps plein).

3. Par décision du 2 juin 2001, l'OCAI a rejeté sa demande de prise en charge de mesures professionnelles. En revanche, par décision du 30 mai 2002, une rente entière d'invalidité, assortie de rentes complémentaires pour conjoint et enfants, lui a été octroyée du 1er janvier au 30 septembre 2000. soit trois mois après la fin du stage ESPACE.

   Ces décisions n'ont fait l'objet d'aucun recours.

4. Le 10 décembre 2003, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, alléguant souffrir d'une importante péjoration des atteintes à la santé.

   A l'appui de sa demande, l'assuré a fait parvenir à l'OCAI des radios et des rapports médicaux, qui ont été soumis au Docteur Jean-François CLAIVAZ, médecin-conseil. Celui-ci a ainsi relevé que : « l'atteinte des artères des membres inférieurs (due à un tabagisme ?) peut expliquer la claudication intermittente ; ceci ne devrait pas gêner pour une activité sédentaire. Au niveau pulmonaire, les découvertes font penser à une bronchite chronique, sans répercussion sur la capacité de travail dans un poste léger ; il en va certainement de même avec l'arthrose dorsale. L'atteinte hépatique est-elle en relation avec une consommation exagérée d'un toxique ? » (cf. note du 16 février 2004). Le 22 mars 2004, ce médecin précise que : « l'assuré ne rend pas plausible une aggravation notable de

l'état de santé qui puisse modifier la capacité raisonnablement exigible dans un poste léger tel qu'évalué précédemment ».

5. Par décision du 25 mars 2004, l'OCAI a informé l'assuré qu'il refusait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

6. L'intéressé a formé opposition le 24 avril 2004, soulignant que son état de santé avait plutôt tendance à s'aggraver.

7. Interrogé par l'OCAI, le Docteur Jacques COMPERE, médecin traitant, a répondu comme suit aux questions suivantes :

   1. L'avis d'un neurochirurgien a-t-il été demandé ? si oui, pourriez-vous nous faire parvenir une copie de son rapport ? *Réponse : Non*

   2. Quelle est l'évolution depuis début 2004 et quel est l'état actuel ? *Réponse : Dorsolombalgies intermittentes*

   3. Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles : *Réponse : ne peut se mettre à genoux, rester longtemps debout, porter des charges lourdes.*

   4. Quelle est la capacité de travail dans l'industrie légère ? *Réponse : 100%*

   (cf. courrier du 16 octobre 2004).

   Ces réponses ont été communiquées au Docteur CLAIVAZ. Celui-ci a ainsi constaté que si la capacité de travail restait identique, il n'y avait pas de modification de l'invalidité telle que définie précédemment (au plus 23%) (cf. note du 15 novembre 2004).

8. Par décision du 28 avril 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition.

9. L'assuré a interjeté recours le 27 mai 2005 contre ladite décision. Il demande expressément à ce que son médecin traitant soit entendu.

10. Dans son préavis du 18 août 2005, l'OCAI souligne le fait que la décision litigieuse doit être qualifiée de décision de non-entrée en matière et non de décision matérielle de refus. Considérant que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, il conclut au rejet du recours.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales - LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

   La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. Le recours, interjeté en temps utile, est recevable (articles 56 et 60 LPGA).

4. Il y a lieu de relever que par décision du 30 mai 2002, l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée au 30 novembre 1999. Faute de recours, cette décision est entrée en force. Le 10 décembre 2003, l'assuré a saisi l'OCAI d'une nouvelle demande, alléguant l'aggravation de son état de santé.

5. Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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.

   De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou

encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

L'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), précise que la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité.

Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies.

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 349, 113 V 275, 112 V 372).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 135/351, 125 V 369). L'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification au principe jurisprudentiel développé en matière AI (ATF 130 V 343).

6. En l'espèce, interrogé par l'OCAI, le Docteur COMPERE a indiqué que la capacité de travail était de 100% dans une activité légère. Il n'apparaît pas nécessaire dans ces conditions de l'entendre. Aucune modification notable de l'état de santé du recourant n'a été rendue plausible. Il est ainsi à l'évidence impossible d'envisager en l'état une révision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Rejette le recours.

3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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