RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/887/2004-2-AI **ATAS/648/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du mardi 24 août 2004

En la cause

Monsieur S_____, mais comparant par Me Alain DROZ, avocat, en l'Etude duquel il élit domicile,	Recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97 à Genève,	Intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-près le recourant), né en 1968, originaire du KOSOVO a déposé en mars 1998 une demande de prestations à l'assurance-invalidité visant l'octroi d'une rente, en raison d'un accident survenu en février 1997. Cet accident avait causé une fracture non déplacée de la base du cinquième métatarsien à droite, des contusions multiples au niveau du crâne, du rachis et des membres inférieurs, selon le rapport de sortie de la clinique Bellikon.

2. Sur la base des rapports médicaux figurant au dossier ainsi que du rapport du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après COPAI), du 17 janvier 2002, selon lequel un rendement de 65% au minimum est escompté et devrait pouvoir être augmenté rapidement dans un métier comme monteur à l'établi ou servant de machine, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a rendu une décision le 15 avril 2003 mettant le recourant au bénéfice d'un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 48%, depuis le 25 février 1998.

3. Au mois de juin 2003, le recourant a sollicité la révision de son droit à la rente, rejetée par décision de refus d'entrer en matière du 5 septembre 2003, au motif qu'aucun fait nouveau n'avait été allégué.

4. Dans son opposition du 8 octobre 2003, le recourant indique que son médecin traitant, le Dr A_____ a ordonné des examens complémentaires, notamment un scanner de la zone lombaire. Il sollicite un délai complémentaire pour déposer le rapport médical demandé.

   Ce rapport a été transmis à l'OCAI le 24 octobre 2003, et fait état d'une discopathie protrusive modérée, non compressive entre L4-L5.

5. Par décision sur opposition du 9 mars 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition sur la base des documents médicaux nouvellement transmis. L'OCAI est entré en matière mais a constaté que l'aggravation alléguée n'était pas établie, et que toutes activités adaptées telles que celles retenues lors de leur précédente appréciation restaient exigibles à un taux de 50%.

6. Dans son recours du 29 avril 2004, le recourant conclut préalablement à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, à ce que principalement la décision sur opposition soit annulée, qu'il soit dit que le taux d'invalidité est de 66 2/3 % au moins et qu'en conséquence une rente entière d'invalidité lui soit octroyée ainsi que des dépens. A titre subsidiaire le recourant conclut à ce qu'un taux d'invalidité d'au moins 50% soit reconnu, et par conséquent une demi-rente d'invalidité octroyée. Il allègue que son état de santé s'est aggravé ce que confirme le certificat médical du Dr A_____ du 18 octobre 2003, et que son

état psychique s'est également dégradé de sorte qu'il a été orienté vers un psychiatre, le Dr B_____.

7. Dans son préavis du 15 juin 2004 l'OCAI conclut au rejet du recours. L'OCAI rappelle que dans le cadre de sa décision de non entrée en matière, plusieurs délais avaient été préalablement fixés au recourant pour production de documents médicaux, en vain. L'Office est ensuite entré en matière dans le cadre de la procédure sur opposition, après avoir reçu de nouvelles pièces médicales. Il a requis du Dr A_____ un rapport concernant l'examen effectué de la colonne lombaire. Cet examen a mis en évidence uns discopathie protrusive modérée, non compressive de L4-L5, pas d'autre anomalie au niveau de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques mais une discrète torsion axiale vertébrale anti-horaire. L'ensemble des plaintes ayant déjà été pris en compte dans le cadre de la première décision, en particulier par le COPAI dans le cadre du stage effectué, il n'y a à ce jour pas d'élément nouveau.

8. Par ordonnance du 17 juin 2004, le Tribunal de céans a invité le recourant à produire tout certificat médical utile à la cause, vu l'aggravation de l'état de santé qu'il allègue et la référence à deux praticiens, le Dr A_____ médecin-généraliste et le Dr B_____ psychiatre. Un délai au 3 juillet 2004 lui a été accordé pour ce faire.

9. Sans nouvelle du recourant dans le délai fixé, le Tribunal a informé les parties par plis du 14 juillet 2004, de ce que la cause était gardée à juger.

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.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

   Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être

remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 LPGA.

2. La décision à l'origine du recours dont est saisi le Tribunal de céans ayant été rendue en 2003, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) en vigueur depuis le 1er janvier 2003 est applicable. Cette loi a par ailleurs eu pour conséquence des changements dans la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) dont la teneur au 1er janvier 2003 est applicable ici.

3. Interjeté dans les délais et forme légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la LPGA).

5. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subi 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.

   Cet article reprend en substance les termes de l'art. 41 de la loi sur l'assurance-invalidité dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002, de sorte que la jurisprudence fédérale rendue en la matière reste applicable.

   Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).
   Si les conditions prévues pour la révision font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités).

6. En l'espèce, le recourant n'allègue pas que la décision ait été manifestement erronée, mais que son état de santé s'est aggravé au point de modifier son droit à la rente.

Or, force est de constater que le recourant n'a pas établi son allégation.

En effet, le rapport transmis par le Dr A_____ relatif à l'examen de la colonne lombaire ne permet pas de déduire une aggravation de l'état de santé du recourant, en particulier pas une péjoration de sa capacité de travail.

Or, le recourant a été mis au bénéfice d'un délai pour produire tout certificat médical utile à la cause.

Il faut rappeler qu'aux termes de la loi genevoise sur la procédure administrative (ci-après LPA), les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits (art. 22 LPA), qu'elles peuvent être invitées à produire toute pièce utile (art. 24 al. 1 LPA), et que le juge apprécie librement l'attitude d'une partie qui ne produit pas les pièces requises (art. 24 al. 2 LPA).

En l'occurrence le recourant avait toute liberté de produire un rapport médical circonstancié du Dr A_____, portant notamment sur l'aggravation de l'état de santé et de ses conséquences sur la capacité de travail, de même qu'un rapport du psychiatre qu'il dit consulter à la demande de son médecin-traitant, le Dr B_____.

N'ayant produit aucun document dans le délai fixé permettant au Tribunal de céans de retenir une aggravation, il ne peut être que constaté que la décision de l'Office est fondée.

En conséquence le recours est rejeté.

*****

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. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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).

Le greffier: La Présidente :

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

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