

GE_GERICHTE A/3493/2017 vom 2. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3493_2017

FR: GE_GERICHTE A/3493/2017 du 2 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3493/2017 del 2 novembre 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant tunisien né en novembre 1958 a travaillé à compter d'avril 1999 comme ouvrier du bâtiment.![endif]>![if> 2. En arrêt de travail à compter du 30 août 2005 pour une atteinte au niveau du poignet droit, l'assuré a été licencié avec effet au 31 décembre 2005.![endif]>![if> 3. Par décision du 10 septembre 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) lui a nié le droit à toute prestation, au motif qu'il n'était pas en possession d'une autorisation de séjour valable en Suisse.![endif]>![if> 4. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a admis partiellement et a renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants de son arrêt (ATAS/85/2010).![endif]>![if> En substance, la Cour de céans a constaté que le séjour et l'établissement de l'assuré en Suisse étaient licites. Il convenait dès lors d'examiner les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité, en particulier l'obligation pour l'assuré de diminuer son dommage. 5. Par décision du 13 juillet 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la période du 30 août 2006 au 31 mars 2008.![endif]>![if> 6. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a partiellement admis et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (cf. arrêt du 28 octobre 2010 ; ATAS/1102/2010), sur proposition de l'OAI qui, ayant constaté que des constats cliniques et radiologiques des 8 et 9 mars 2010 contenaient des éléments objectifs en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, avait suggéré la reprise de l'instruction pour évaluer d'éventuelles nouvelles limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 7. Par décisions du 11 janvier 2016, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 30 août 2006 (fin du délai d'attente d'un an) au 29 novembre 2006, puis du 30 septembre 2013 au 5 janvier 2014.![endif]>![if> 8. Saisie d'un recours, la Cour de céans a statué en date du 22 décembre 2016. (ATAS/1116/2016). Elle l'a admis partiellement en ce sens qu'elle a admis une totale invalidité du 30 août 2006 - échéance du délai de carence d'une année - au 31 mars 2008, puis du 30 septembre 2013 au 5 janvier 2014. En revanche, entre le 1 er avril 2008 et le 29 septembre 2013, puis dès le 6 janvier 2014, l'assuré avait recouvré une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations professionnelles ; durant ces périodes, son degré d'invalidité n'était plus que de 15 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou même à un reclassement. La cause était renvoyée à l'OAI pour calcul des prestations dues sur cette base.![endif]>![if> Ont été versés au dossier de l'assuré tout au long de ces procédures, notamment : - un rapport rédigé le 24 janvier 2006 par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main ;![endif]>![if> - un rapport établi le 9 mars 2006 par ce même médecin, concluant à une maladie de Kienböck (nécrose

du semi-lunaire du poignet droit) ;

- l'expertise du 13 juillet 2006 du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main mandaté par l'assureur-maladie, retenant les diagnostics de séquelles d'une maladie de Kienböck, de status après résection du semi-lunaire et tentative d'arthrodèse, de pseudarthrose et de troubles dégénératifs radio-carpiens concomitants à la maladie de Kienböck ; selon ce médecin, la reprise de l'activité habituelle était totalement exclue, mais un travail léger pouvait en revanche être envisagé ;

- le rapport rédigé le 9 octobre 2006 par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, concluant à une arthrose radio-scaphoïdienne sur pseudarthrose ;

- un rapport établi le 28 mars 2007 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, indiquant que l'activité de manœuvre dans le bâtiment n'était plus exigible, mais qu'en revanche, une activité adaptée aux limitations l'était, à raison de huit heures par jour, dans un environnement exempt de poussière ;

- un rapport d'expertise complémentaire du Dr C_____, du 7 janvier 2008 confirmant que la capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle était nulle, mais que la reprise d'une activité en qualité de surveillant, d'huissier, de gardien, de vendeur ou d'agent municipal était tout à fait envisageable ;

- un CT-scan du poignet droit réalisé le 25 novembre 2010 ;

- un rapport du 9 février 2011 du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, concluant à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais précisant que l'assuré pouvait encore travailler, exclusivement debout et en limitant le port de charges à 1 ou 2 kg ;

- un rapport intermédiaire rédigé le 11 février 2011 par la Dresse E_____ ;

- l'expertise rendue le 16 mai 2011 par le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, concluant que, sur le plan physique, les limitations fonctionnelles excluaient toute activité impliquant des manutentions lourdes, des efforts de serrage, des mouvements répétitifs du poignet droit, des positions statiques prolongées ou encore des efforts du membre supérieur gauche ; sur le plan purement somatique, la capacité à exercer une activité adaptée semblait limitée ; on pouvait envisager des postes de surveillance, de programmation sur machine, voire de manutention légère ; si les propositions chirurgicales étaient suivies, ces activités seraient vraisemblablement exigibles à 100% ;

- un rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique Corela, plus particulièrement des docteurs H_____ (psychiatre), I_____ (orthopédiste), J_____ (neurochirurgien), K_____ (pneumologue) et L_____ (médecine interne), concluant que, dans l'activité habituelle de manœuvre et aide-coffreux, l'incapacité était totale depuis août 2005, en raison de l'arthrose radio-carpienne avancée mais que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, du 30 novembre 2006 au 29 septembre 2013, puis depuis le 6 janvier 2014 ;

- un « rapport d'expertise médicale » établi le 23 janvier 2015 par le docteur M_____, chirurgien orthopédique et traumatologique en Tunisie, listant les plaintes de l'assuré, constatant l'existence d'un discours dépressif, relevant diverses raideurs et douleurs au niveau du rachis, du membre supérieur droit et du genou gauche ; le médecin évaluait l'incapacité de travail permanente à 72% ;

- un rapport du 8 juin 2015 du docteur N_____, reprochant à l'OAI de n'avoir pas pris en compte les troubles psychiques de l'assuré ; le médecin faisait état, depuis août 2005, d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré (apparition de troubles du comportement devenus de plus en plus importants [éthylisme chronique], gonalgies chroniques et invalidantes du genou gauche, troubles dépressifs réactionnels associés à des troubles de la persécution,

lombosciatalgies basses chroniques et troubles respiratoires chroniques [asthme chronique et tabagisme sévère]) ; [endif]>[if> - un avis émis le 26 octobre 2015 par le Dr F_____, attestant que l'assuré avait souffert d'une dépression plus ou moins marquée ayant nécessité une hospitalisation en 2006, faisant état d'une dépression marquée par une irritabilité et une nervosité excessives, des troubles de l'humeur et de l'insomnie et soulignant que les atteintes somatiques s'aggravaient probablement avec l'âge.[endif]>[if> 9. Le Tribunal fédéral, saisi d'un recours de l'assuré, l'a déclaré irrecevable en date du 15 mars 2017 (arrêt 9C_184/2017). [endif]>[if> 10. Par décisions du 7 août 2017, l'OAI a calculé le montant des prestations dues à l'assuré conformément à l'arrêt de la Cour du 22 décembre 2016 (soit une rente entière) du 1^{er} août 2006 au 31 mars 2008, puis du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2014.[endif]>[if> 11. Le 26 août 2017, l'assuré a adressé à la Cour de céans un « recours » rédigé en ces termes : [endif]>[if> « Je refuse toutes décisions. J'ai pas d'avocat et j'ai pas besoin. Je veux aller devant un tribunal public. » (sic) 12. Constatant que ce recours n'était pas régulier à la forme, la Cour de céans a accordé à l'assuré un délai au 13 septembre 2017 pour compléter sa motivation en l'avertissant qu'à défaut, son recours serait écarté.[endif]>[if> 13. L'assuré s'est exécuté le 5 septembre 2017.[endif]>[if> En substance, il reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte ni de ses fractures vertébrales, ni de son hernie discale, ni du rapport du Dr M_____. Il soutient être « très malade ». 14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 octobre 2017, a conclu au rejet du recours.[endif]>[if> L'intimé fait remarquer que la question du droit aux prestations de l'assuré a d'ores et déjà été examinée par la Cour, dans son arrêt du 22 décembre 2016, lequel est entré en force. Il explique avoir simplement sollicité la caisse de compensation afin qu'elle procède au calcul des prestations telles que définies par la Cour. L'intimé en tire la conclusion que seule la question du calcul du montant des prestations pourrait faire l'objet d'un recours. Or, l'assuré ne semble pas le contester en tant que tel. 15. Par écriture du 11 octobre 2017, l'assuré a confirmé sa volonté de recourir, en précisant que le docteur F_____ était disposé à témoigner.[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), 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. À teneur de l'art. 70 al. 1 et 2 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites.[endif]>[if> En l'espèce, les deux causes se rapportent à une même situation et opposent les mêmes parties, raison pour laquelle il se justifie de les joindre, même si, formellement, l'intimé a rendu deux décisions distinctes. 3. Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués ainsi que des conclusions. L'art. 89B LPA pose les mêmes exigences.[endif]>[if> La jurisprudence précise qu'un recours ne comportant que des arguments sur le fond interjeté contre un jugement d'irrecevabilité, par exemple, est considéré comme dépourvu de motivation topique et non valable (cf. ATF 123 V 335 ; ATF 9C_632/2008). Il en va de même d'un recours ne comportant que des arguments visant à la remise de l'obligation de restituer et ne contestant aucunement le

caractère indu des prestations dont le remboursement est réclamé. La situation présente est similaire dans la mesure où l'assuré ne fait valoir que des arguments relatifs à son droit à des prestations de la part de l'intimé - question réglée par l'arrêt désormais entré en force du 22 décembre 2016 - alors que les décisions litigieuses ne concernent que le calcul de la rente telle que définie par la Chambre de céans. Le recours doit donc être déclaré irrecevable, à moins qu'il ne remplisse les conditions d'une demande en révision. En effet, l'assuré produit à l'appui de son recours des pièces et propose l'audition de son médecin. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La révision de la décision d'un tribunal cantonal des assurances est réglée quant à elle par le droit fédéral à l'art. 61 let. i LPGA, en vertu duquel les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (arrêt 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1, in SVR 2010 IV n° 55 p. 169). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2 p. 671 et les références). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. En l'occurrence, force est de constater que tant l'intimé que la Cour de céans avaient connaissance de toutes les pièces que l'assuré a produit à l'appui de son écriture lorsqu'ils se sont prononcés. Il n'y a dès lors ni faits nouveaux, ni moyens de preuve nouveaux à l'appui de la demande éventuelle de l'intéressé. En conséquence, le recours doit être déclaré irrecevable. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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