

GE_GERICHTE A/625/2015 vom 20. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_625_2015

FR: GE_GERICHTE A/625/2015 du 20 octobre 2015

IT: GE_GERICHTE A/625/2015 del 20 ottobre 2015

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Carouge GE 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 ou le recourant), né le _____ 1970, originaire du Portugal, est domicilié dans le canton de Genève depuis janvier 2007. Il est marié et père de deux enfants, vivant avec leur mère au Portugal. Il est maçon de profession. 2. L'assuré a été victime d'un accident en date du 20 novembre 2010 à Genève. Ayant glissé sur un trottoir, il est tombé de sa hauteur en se réceptionnant sur le poignet gauche. Le lendemain, à l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), une fracture EDR gauche de type B1, une fracture de la styloïde cubitale gauche, une luxation radio carpienne gauche et une compression du nerf médian au niveau du canal carpien gauche ont été diagnostiqués à titre d'indication opératoire. L'opération chirurgicale pratiquée le 21 novembre 2010 a consisté en une réduction de la luxation radio carpienne, une réduction par voie ouverte et ostéosynthèse du radius par broches par abord palmaire et dorsal, un embrochage de la styloïde ulnaire, et une décompression du nerf médian et du nerf ulnaire au canal carpien gauche et canal de Guyon. L'assuré a pu rentrer à son domicile le 24 novembre 2010. 3. Pour cet accident, l'assuré a été mis au bénéfice de prestations de l'assurance-accidents, versées par la SUVA, caisse nationale suisse en cas d'accident (ci-après : SUVA). Le suivi médical et la physiothérapie dont l'assuré a bénéficié n'ayant pas remédié aux douleurs permanentes et à la réduction de mobilité de la main gauche dont l'assuré se plaignait, la SUVA a invité ce dernier à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). 4. En date du 18 juillet 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en raison de douleurs permanentes au niveau de son épaule et de son poignet gauche, lesquels avaient été cassés lors d'un accident survenu le 20 novembre 2010, et également en raison d'une mobilité réduite au niveau de sa main, après deux opérations préventives. Il se trouvait toujours en incapacité complète de travailler depuis ledit accident. Selon son médecin traitant, le docteur B_____, du département de chirurgie des HUG, il était totalement incapable d'effectuer des mouvements actifs depuis le 20 novembre 2010. 5. Selon un rapport d'examen du 21 novembre 2012, établi par le médecin d'arrondissement de la SUVA, l'assuré présentait une arthrose radio-carpienne de gravité moyenne après fracture luxation radio-carpienne et fracture de la styloïde cubitale gauche traitée par embrochage et décompression du nerf médian. La persistance de douleurs avait conduit à une dénervation du poignet lors de l'ablation partielle du matériel de fixation le 29 mai 2012. Subjectivement, l'assuré décrivait des douleurs persistantes à caractère mécanique et parfois positionnel du poignet gauche, et il était gêné par une diminution de la force et de la

mobilité du poignet. Objectivement, on constatait un épaississement du poignet et une perte de l'amplitude articulaire touchant principalement la flexion. Sur le plan médical, l'arthrose radio-carpienne post-fracture constatée relevait en l'état d'un suivi médical espacé à long terme, comportant des mesures symptomatiques (antalgiques, anti-inflammatoires, port ponctuel d'une attelle du poignet lors d'efforts) ; des mesures chirurgicales complémentaires pourraient s'avérer nécessaires en cas d'aggravation. Sur le plan professionnel – comme le suggérait notamment le docteur C_____, chirurgien de la main, médecin traitant de l'assuré –, des mesures de reclassement dans une activité adaptée apparaissaient justifiées, le retour vers une pleine capacité dans une activité de maçon n'étant guère envisageable. L'assuré, qui était droitier, pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans toutes activités n'exigeant pas de sollicitations soutenues du poignet gauche ou le port de charges supérieures à 5 kg. 6. Dans un avis médical du 14 février 2013, le docteur D_____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé, après consultation du dossier, que l'incapacité de travail de l'assuré était définitivement totale dans son métier de maçon depuis le 20 novembre 2010, mais que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2012 (deux mois après la dernière intervention), avec, à titre de limitations fonctionnelles, qu'il n'y ait ni sollicitations soutenues du poignet gauche ni port de charges supérieurs à 5 kg. 7. Le 7 mars 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de lui octroyer, pour la période du 1^{er} janvier 2012 (vu le dépôt de la demande en date du 18 juillet 2011) au 31 août 2012, une rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 100 %, et de lui supprimer ce droit dès le 31 août 2012 (recte : 1^{er} septembre 2012) en raison de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée et d'un degré d'invalidité de 10.67 % résultant d'une comparaison des gains avec invalidité (CHF 61'733.- dans une activité adaptée à son atteinte à la santé et à ses limitations fonctionnelles, sur la base des statistiques salariales fournies par l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, réactualisées pour 2011, étant précisé qu'aucun des critères habituellement admis ne permettant de réduction supplémentaire) et sans invalidité (CHF 69'107.-). L'assuré n'avait pas droit à des mesures d'ordre professionnel. Il disposait d'un délai de 30 jours pour formuler d'éventuelles objections. 8. Par décision du 30 avril 2013, reprenant pour l'essentiel mot pour mot ce projet de décision, l'OAI a octroyé à l'assuré, pour la période du 1^{er} janvier 2012 (vu le dépôt de la demande en date du 18 juillet 2011) au 31 août 2012, une rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 100 %, et de lui supprimer ce droit dès le 31 août 2012 (recte : 1^{er} septembre 2012) en raison de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée et d'un degré d'invalidité de 10.67 %. Un recours à la chambre des assurances sociales pouvait être interjeté contre cette décision. 9. Le même jour, l'OAI a informé l'assuré que, du fait qu'il n'avait pas contesté le projet de décision, la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC) lui ferait parvenir une décision sujette à recours après avoir calculé la rente à laquelle il avait droit, ce qui nécessitait un certain temps. 10. Par décision du 27 août 2013, la CCGC a fixé à CHF 433.- le montant de la rente mensuelle d'invalidité due à l'assuré pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 août 2012. Par décision du 6 décembre 2013 annulant et remplaçant cette décision, la CCGC a fixé à CHF 445.- le montant de la rente mensuelle d'invalidité due à l'assuré pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 août 2012. Ces deux décisions de la CCGC mentionnaient la voie du recours à la chambre des assurances sociales pour les contester. 10. Par décision du 24 juin 2014, la SUVA a alloué à l'assuré, une rente mensuelle d'invalidité de CHF 930.90 dès le 1^{er} juin 2013 pour les

séquelles de l'accident du 20 novembre 2010 et en considération d'une incapacité de gain de 19 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.- (versée à l'Hospice Général). 11. Le 26 août 2014, l'assuré a saisi l'OAI d'une demande de prestations de l'AI (datée du 21 août 2014), en raison de la fracture accidentelle de son poignet gauche de 2010. Une rente lui avait été versée par la CCGC du 1^{er} janvier 2012 au 31 août 2012, puis par la SUVA dès le 1^{er} juin 2013. Il était en traitement auprès du docteur E_____ du Centre Médical 21 à Genève, lui ayant établi mensuellement des certificats attestant de sa capacité de travail de 0 % de mai à août 2014. 12. L'OAI a accusé réception de cette demande par courrier du 28 août 2014, informant à l'assuré que cette demande constituait une nouvelle demande au sens de l'art. 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), du fait que le droit aux prestations qu'il sollicitait avait déjà fait l'objet d'une décision de rente limitée dans le temps, non contestée et devenue définitive. Sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que « l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré (s'était) modifiée de manière à influencer (ses) droits ». Il appartenait à l'assuré de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision ; il serait utile de fournir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (diagnostics, évolution, capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, limitations fonctionnelles). Un délai de 30 jours lui était imparti à cette fin. En l'absence de réponse de sa part à l'échéance dudit délai, l'OAI se verrait contraint de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations (art. 43 al. 3 LPGA). 13. Le 26 septembre 2014, l'assuré a produit à l'OAI un rapport d'imagerie médicale (radiodiagnostic) établi le 24 septembre 2014 à l'adresse du Dr E_____ par le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie à Genève, suite à une scintigraphie osseuse-spect-scan du 24 septembre 2014 effectuée en raison d'un status post-fracture du poignet gauche en 2010, opéré en 2010 et 2012, d'une douleur persistante et d'une suspicion d'algoneurodystrophie. Les conclusions dudit rapport étaient les suivantes : status post-opératoire avec matériel d'ostéosynthèse au niveau du poignet gauche, hyperperfusion et hypercaptation modérée au niveau du poignet gauche répondant à une algoneurodystrophie subaiguë, remodelé arthrosique radio-carpien, radio-cubital distal et scapho-trapézien à gauche, captation symétrique des coudes, hypercaptation de l'articulation acromio-claviculaire droite traduisant des phénomènes de surcharge. 14. Par avis du 10 octobre 2014, le docteur G_____ du SMR a indiqué que ce « qui (était) amené par l'assuré (n'était) pas suffisant pour prouver une aggravation de l'état de santé ». 15. Le 8 décembre 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa demande de prestations, motivé par le fait que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Un délai de 30 jours lui était fixé pour formuler d'éventuelles objections. 16. Par décision du 30 janvier 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré, pour le motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa dernière décision. Cette décision était sujette à recours à la chambre des assurances sociales. 17. Par acte du 19 février 2015, posté le 24 février 2015 (et signé le 10 mars 2015, dans le délai lui ayant été imparti à cette fin), l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances

sociales. L'état de son bras ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle quelconque ; son avant-bras gauche était handicapant et les douleurs ne disparaissaient pas malgré le traitement suivi et l'opération subie. Il ne pouvait rien porter de lourd, ni effectuer des tâches ménagères, ni tout simplement utiliser son avant-bras gauche du tout.

!endif]>![if> L'assuré a joint à son recours une attestation du Dr E_____ du 24 février 2015, aux termes de laquelle l'assuré présentait des douleurs au poignet malgré un traitement antalgique et de la physiothérapie, et qu'il serait souhaitable qu'il soit reçu pour une réévaluation et une expertise médicale. 18. Le 30 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Ni le rapport d'imagerie médicale du 26 septembre 2014, ni le certificat du Dr E_____ du 24 février 2015 (produit à l'appui du recours seulement) n'apportaient d'éléments objectifs pouvant rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

!endif]>![if> 19. L'écriture de l'OAI a été transmise le 1^{er} avril 2015 à l'assuré. Un délai au 1^{er} mai 2015 lui était ouvert pour présenter d'éventuelles observations.

!endif]>![if> 20. La cause a ensuite 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; RS E 2 05), en vigueur dès le 1^{er} 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.

!endif]>![if> Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) et satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le présent recours est donc recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était en droit de refuser d'entrer en matière sur la demande de l'assuré du 26 août 2014. !endif]>![if> Lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 130 V 64 ; 109 V 262 consid. 3). Il n'est pas attendu de l'assuré qu'il démontre une aggravation de son état de santé au degré de vraisemblance requis généralement en matière d'assurances sociales ; il suffit qu'il fournisse des indices d'une telle aggravation pour que l'administration doive entrer en matière sur sa demande ; les indices requis doivent cependant être d'autant plus convaincants que la précédente décision est récente (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 119 V 9 consid. 3c/aa ; 109 V 108 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa, non publié in ATF 127 V 294). L'exigence de plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b; 124 II 265 consid. 4a p. 269 s ; 117 V 200 consid. 4b et les références). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations valant demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve pertinents (donc de nature à rendre plausibles les faits allégués), en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande

pour le cas où il ne se plierait pas à cette injonction. L'administration jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 , consid 2b). Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). 3. En l'espèce, l'OAI a rendu sa décision de refus d'entrée en matière le 30 janvier 2015, après avoir dûment informé le recourant de la nécessité de produire, à l'appui de sa demande de prestations valant demande de révision, ses moyens de preuve pertinents, lui avoir imparti deux délais successifs de 30 jours chacun pour s'exécuter et l'avoir averti qu'à défaut de suite donnée à cette invitation il devrait refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations. Au surplus, cela ne faisait qu'une année, voire une quinzaine de mois seulement (si l'on retient – comme l'office intimé – la date du 27 août 2014 plutôt que celle du 30 avril 2014), qu'il avait rendu sa précédente décision, lui accordant une rente d'invalidité limitée à la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 août 2012 et lui refusant toute rente d'invalidité dès le 31 août (recte : 1^{er} septembre) 2012 ainsi que des mesures d'ordre professionnel.

Or, le recourant, qui n'avait joint à sa nouvelle demande de prestations que des attestations d'incapacité de travail nullement motivées, s'est contenté, à la suite de l'injonction précitée, de produire un rapport d'imagerie médicale du 24 septembre 2014 de son médecin traitant, qui n'apportait aucun élément de comparaison des états de faits prévalant respectivement lors de la précédente décision de l'office intimé et de façon contemporaine. Puis, à l'appui de son recours – soit tardivement, à s'en tenir rigoureusement à la règle selon laquelle la chambre de céans doit examiner la situation d'après l'état de fait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2) –, il a produit un certificat des plus sommaire de son médecin traitant, attestant qu'il présentait des douleurs au poignet malgré un traitement antalgique et la physiothérapie et qu'une réévaluation et une expertise médicale seraient souhaitables. Force est de retenir que le recourant n'a pas rendu plausible que son état de santé s'est aggravé depuis la précédente décision de l'office intimé, qui lui déniait tout droit à des prestations de l'AI depuis le 1^{er} septembre 2012. C'est donc à juste titre que l'office intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant. Cela ne signifie pas que le recourant ne peut pas présenter à l'office intimé une nouvelle demande de prestations de l'AI. S'il le fait, il lui faut cependant produire des documents médicaux constituant des indices suffisants d'une péjoration de son état de santé susceptible d'influencer ses droits à des prestations de l'AI. 4. Le présent recours doit être rejeté.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI est soumise à des frais de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, entre CHF 200.- et CHF 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, l'émolument minimal de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant.

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.