

GE_GERICHTE A/199/2016 vom 10. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_199_2016

FR: GE_GERICHTE A/199/2016 du 10 avril 2017

IT: GE_GERICHTE A/199/2016 del 10 aprile 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.04.2017
A/199/2016

A/199/2016 ATAS/268/2017 du 10.04.2017 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/199/2016 ATAS/268/2017
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 10 avril 2017 10 ème
Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN 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), né le
_____ 1971, travaillait en qualité de maçon sur un chantier lorsqu'il a été victime d'un
accident professionnel: le 13 août 2002, la roue d'une pelle mécanique a roulé sur sa
cheville et son pied gauches.![endif]>![if> 2. Suite à cet accident, l'assuré a été
hospitalisé du 13 au 26 août 2002 à la clinique d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de
Genève (HUG), où une fracture comminutive du calcanéum distal (calcanéo-cuboïde) à
gauche et une luxation du Lisfranc ont été diagnostiquées et opérées.![endif]>![if> 3.
Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance
en cas d'accidents (ci-après : SUVA).![endif]>![if> 4. Le 27 octobre 2002, les
médecins ont procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) au pied gauche, en
raison de laquelle l'assuré a été hospitalisé du 25 au 29 octobre 2002. ![endif]>![if> 5.
Une tomodensitométrie axiale computerisée de la cheville et du pied gauches, effectuée le 4
février 2003, a mis en évidence un status après ablation du matériel d'ostéosynthèse pour
luxation du Lisfranc, une importante dystrophie osseuse avec tuméfaction des parties
molles adjacentes et une suspicion d'algoneurodystrophie. Une fracture comminutive du
calcanéum distal, provoquant un aspect évasé et une discrète irrégularité de sa surface
articulaire, ainsi qu'une fracture-arrachement dans la face dorsale du scaphoïde tarsien ont
également été décelées.![endif]>![if> 6. A la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné
à la clinique romande de réadaptation (CRR) du 10 septembre au 3 octobre et à nouveau du
19 octobre au 14 novembre 2003. ![endif]>![if> A l'issue du séjour, les médecins ont
retenu, dans leur rapport du 27 novembre 2003, les diagnostics de séquelles d'une fracture
comminutive du calcanéum distal et d'une luxation du Lisfranc traitée chirurgicalement le
22 août 2002 ainsi qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 27 octobre 2002. Au
status, l'assuré marchait avec une boiterie d'épargne du côté gauche, avec un mauvais
déroulement du pas, une attaque sur le talon et une tendance à marcher en rotation externe.
La cheville présentait une limitation en flexion plantaire due à la perte de fonction du
médiotarse et du Chopart. Du côté gauche, l'inversion et l'éversion étaient pratiquement
bloquées, la pro-supination diminuée de moitié et les mouvements de circumduction
impossibles. La tomodensitométrie axiale du 4 février 2003 et des radiographies standards
des 12 septembre et 5 novembre 2003 avaient notamment montré une arthrose de

l'interligne de Chopart et dans une moindre mesure du Lisfranc. L'infiltration sous-astragaliennne postérieure sous CT effectuée le 25 septembre 2003 en raison de douleurs persistantes s'était révélée sans succès sur les douleurs. La marche en terrain inégal, sur une pente, était possible mais avec des douleurs. Il en allait de même de la marche – lente – de 45 minutes. L'assuré était équipé de chaussures orthopédiques (tiges montantes avec renforts métalliques, associées à un talon amortisseur, semelles moulantes et barres de déroulement de l'intervalle de Chopart et du Lisfranc), lesquelles n'amélioreraient toutefois pas les douleurs de l'assuré. Une arthrodèse tri-compartmentale pouvait être envisagée si les douleurs s'avéraient invalidantes. Les limitations constatées ne permettaient plus la reprise de l'activité habituelle de maçon. Toutefois, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, n'impliquant pas de marche en terrains irréguliers, la marche et la station debout prolongées ou encore le port de charges lourdes. Au cours du séjour, l'assuré avait pu se familiariser avec la profession de chauffeur-livreur et celle de magasinier dans une quincaillerie. Il avait également réalisé des objets en bois en atelier et pratiqué un test de conduite de quatre heures. Sa performance avait varié en fonction de sa motivation. Il avait toutefois satisfait aux exigences des intervenants lors des différents stages et présentait toutes les conditions lui permettant de travailler dans le domaine choisi, qui devait toutefois respecter les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus. L'assuré présentait un potentiel d'adaptation et une formation sur le tas ou une simple mise au courant étaient envisageables, pour autant qu'il s'investisse dans le processus de réadaptation. 7. En raison de l'atteinte à sa cheville et à son pied, l'assuré a déposé, auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI), en date du 2 octobre 2003, une demande de prestations, sous la forme de mesures professionnelles (orientation professionnelle, reclassement dans une nouvelle profession ou placement).!

8. Dans un rapport du 13 octobre 2003, le docteur B_____, généraliste FMH, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status après fracture comminutive du calcanéum distal et luxation du Lisfranc, traitées chirurgicalement. Malgré plusieurs opérations, l'assuré se déplaçait difficilement et une importante dystrophie osseuse avec tuméfaction des parties molles persistait. Un reclassement professionnel dans une activité assise était vivement préconisé, l'activité exercée jusqu'alors n'étant plus exigible.!

9. Le CT de la cheville et du pied gauches, réalisé le 20 novembre 2003, avait mis en évidence un status après ancien traumatisme de la cheville et du pied gauches, se manifestant en particulier par des séquelles de fracture consolidée de la partie antérieure de l'astragale et du calcanéum, du scaphoïde tarsien et du premier cunéiforme, entraînant un certain degré d'incongruence articulaire et d'arthrose au niveau de l'articulation de Chopart et, dans une moindre mesure, au niveau de l'articulation de Lisfranc, particulièrement au niveau du premier rayon. !

10. Par courrier du 26 novembre 2003, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à qui l'assuré avait été adressé, a fait état d'une arthrose du Chopart et du Lisfranc, nécessitant, après quinze mois d'échec de traitement, une arthrodèse. Toutefois, l'assuré avait annulé l'intervention initialement prévue le 4 décembre 2003.!

11. Dans son rapport du 26 avril 2004, le docteur D_____, chef de clinique à la clinique d'orthopédie des HUG, a rappelé les diagnostics d'ores et déjà posés et a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 13 août 2002. En raison de la persistance de douleurs à la face antérieure de la cheville lors du déroulement du pas, un deuxième avis avait été demandé au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel avait préconisé un traitement non chirurgical, par chaussures

orthopédiques. 12. Le 16 juin 2004, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a considéré, dans son rapport du même jour, que l'activité de maçon n'était plus exigible, l'assuré ne pouvant plus surcharger le membre inférieur gauche, monter et descendre fréquemment des échelles et escaliers, maintenir la position à genoux et accroupie de manière répétitive et se déplacer sur de longues distances et en terrains instables. En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, ne requérant pas les mouvements et positions précités, privilégiant, en revanche, la position assise ou une alternance des positions assise et debout et des déplacements sur de courtes distances en terrain plat.

13. Le même jour, le Dr F_____ a retenu une atteinte à l'intégrité de 14%.

14. Par communication du 23 juin 2004, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2004. A cette date, l'assureur-accident devait se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité.

15. L'OAI a soumis le dossier de l'assuré à son service médical régional (SMR), lequel a considéré, sous la plume du docteur G_____, généraliste FMH, que dans la mesure où l'assuré pouvait marcher un kilomètre, une activité adaptée, même si elle devait impliquer temporairement la position debout, était possible à 100%. Seule la question de la motivation pouvait se poser.

16. Par décision du 24 août 2005, l'OAI a mis en œuvre un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de Genève (ci-après: stage OSER), qui a eu lieu du 29 août au 27 novembre 2005.

17. Selon les conclusions du rapport de stage daté du 5 décembre 2005, l'assuré pouvait être réadapté dans une activité simple et pratique, essentiellement en position assise, à plein temps et plein rendement dans le circuit économique normal. Le domaine industriel et notamment les orientations d'ouvrier à l'établi, d'opérateur sur presse ou d'ouvrier en conditionnement, étaient les plus susceptibles de convenir compte tenu de l'atteinte. Quand bien même l'assuré s'était montré engagé durant le stage d'observation, il ne semblait pas avoir fait le deuil de son ancienne activité et n'était pas prêt à accepter tout type de travail adapté, de sorte qu'il ne semblait pas opportun de poursuivre la mesure au-delà du terme prévu.

18. Par décision du 13 décembre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestation du 6 octobre 2003, le degré d'invalidité de 12% étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. En l'absence de recours, cette décision est entrée en force.

19. En raison de douleurs à l'épaule, un ultrason a été effectué le 16 décembre 2005. Selon le rapport y relatif, des lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, sous la forme de ruptures partielles dans les tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux, proches de leurs insertions sur la grande tubérosité de l'humérus, avaient été constatées. Les ruptures concernaient 25 à 30% de la substance tendineuse de chacun des deux tendons.

20. L'assuré présentant en outre des douleurs lombaires, une radiographie de la colonne lombo-pelvienne a également été effectuée le 16 décembre 2005. Selon le compte-rendu y consécutif, une discrète bascule du bassin et une accentuation de la lordose lombaire avaient été mises en évidence.

21. A teneur d'une attestation du 10 janvier 2006 du docteur H_____, spécialisé en chirurgie orthopédique, l'assuré souffrait de douleurs localisées à la face latérale de l'épaule, lors des mouvements d'abduction. Aucune notion de traumatisme concernant cette épaule n'était connue et les radiographies n'avaient rien montré de particulier. En revanche, l'ultrason avait mis en évidence une déchirure limitée du sus et du sous-épineux, raison pour laquelle l'assuré avait bénéficié d'une infiltration au niveau de l'épaule droite le 16 décembre 2005, entraînant une amélioration des douleurs d'environ 50%. Lors de la rédaction de l'attestation, l'épaule

n'était plus douloureuse et la mobilité était totale, avec toutefois la persistance de signes d'impingement. Toute activité nécessitant le port de charge ou des mouvements répétitifs de l'épaule, en particulier au-dessus de 90° d'élévation et d'abduction, était susceptible d'aggraver la situation. L'activité de maçon paraissait dès lors impossible.!

21. Par décision du 13 février 2006, la SUVA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 17% à compter du 1^{er} novembre 2005, le mois de novembre n'étant toutefois pas payé, l'assuré percevant alors des indemnités journalières de l'assurance-invalidité. La SUVA reconnaissait également une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 16'020.-, correspondant à une atteinte de 15%.!

22. En raison de ses douleurs à l'épaule et au rachis, l'assuré a consulté le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a fait état, dans un rapport du 9 mars 2007, de signes en faveur d'un conflit sous-acromial de l'épaule droite avec une probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs. !

23. Le Dr I_____ a établi un nouveau rapport en date du 17 avril 2007, dans lequel il a notamment expliqué que depuis le 2 avril 2007, l'assuré avait repris une activité d'employé de service, impliquant la position debout plusieurs heures par semaine et l'utilisation d'un balai, ce qui provoquait l'exacerbation des lombalgies ainsi que des douleurs au pied et à l'épaule droite. Une activité impliquant des changements de position, permettant la position assise également, comme celle de chauffeur, paraissait plus adaptée. !

24. Le 7 décembre 2012, l'assuré a chuté de sa hauteur, avec impact sur la fesse droite, la colonne lombaire et la colonne cervicale, avec le développement de douleurs persistantes au niveau du rachis.!

25. Selon un rapport du Dr I_____ daté du 10 janvier 2013, lors de l'examen clinique, les apophyses épineuses cervicales et dorso-lombaires étaient sensibles tout comme une contracture de la musculature para-cervicale gauche et para-lombaire droite. Sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, le Dr I_____ avait retenu les diagnostics de cervicalgies et de lombalgies subaiguës consécutives à la chute précitée, sans lésion récente sur le bilan radiologique. Les douleurs étaient plus probablement d'origine musculaire. !

26. En raison de la persistance des douleurs, une IRM de la colonne cervicale et de la colonne lombaire a été réalisée le 6 février 2013. Selon le rapport y relatif, les images évoquaient une discrète discopathie aux étages C5-C6 et C6-C7 sans rétrécissement foraminaux ainsi que des discrets phénomènes de déshydratation discale au niveau L1-L2 et L2-L3, associée à un discret débord discal au niveau L2-L3 également sans rétrécissement foraminaux.!

27. L'assuré a été incapable de travailler à 100% du 2 décembre 2014 au 5 janvier 2015, 50% du 5 janvier au 1^{er} mars 2015, 100% du 3 mars au 31 mai 2015, 50% du 1^{er} juin au 6 décembre 2015 et à nouveau 100% depuis le 7 décembre 2015.!

28. Par courrier du 30 janvier 2015, la SUVA a accepté de prendre en charge les suites de l'incapacité de travail précitée, celle-ci étant considérée comme une rechute de l'accident du 13 août 2002.!

29. En raison du trop grand absentéisme de l'assuré, son employeur a, par courrier du 2 mars 2015, résilié le contrat de travail avec effet au 30 juin 2015.!

30. Selon un courrier du Dr I_____ du 2 avril 2015, l'assuré s'était plaint, lors de la consultation du 12 janvier 2015, de douleurs au pied gauche, ayant motivé une incapacité de travail depuis un mois et demi, de cervicalgies avec des douleurs des trapèzes et des phénomènes de blocages douloureux de la colonne cervicale ainsi que de lombalgies matinales. Sur la base du tableau clinique, le Dr I_____ avait conclu à une probable arthrose du médiotarse (Chopart). L'assuré était par ailleurs connu pour une luxation au niveau de l'articulation du Lisfranc du pied gauche en 2003, pour des discopathies discrètes C5-C6 et C6-C7 ainsi que pour des minimes

phénomènes dégénératifs L1-L2 et L2-L3 avec un petit débord discal à ce niveau, toutefois sans rétrécissement foraminaux. 31. En raison des lombalgies chroniques, une IRM a été effectuée le 12 juin 2015. Selon le rapport y relatif, les images illustraient des discopathies modérées en L1-L2 et L2-L3 avec une petite composante de fissuration annulaire périphérique en L2-L3 en position paramédiane gauche, sans toutefois de conflit disco-radicaire mis en évidence. 32. Le 29 juillet 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de l'atteinte au pied gauche, d'une arthrose, ainsi que de lombalgies et cervicalgies chroniques. 33. Par courrier du 3 août 2015, l'OAI a invité l'assuré à produire, dans un délai de trente jours, tout document permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé. A défaut, l'office précité n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. 34. Le 26 août 2015, l'assuré a expliqué qu'il n'avait pas contesté la décision du 13 décembre 2005 dès lors qu'il ignorait la législation applicable en la matière. Il contestait toutefois le fait que la SUVA lui reconnaisse une invalidité de 17% et l'OAI seulement de 12% mais ne savait pas comment procéder. Pour lui, la priorité était alors de trouver un travail. L'activité qu'il avait trouvée n'était pas adaptée et sa santé s'était aggravée. S'il avait été aidé en temps voulu, il ne se trouverait pas dans cette situation. En annexe à ce courrier figuraient les pièces suivantes : - Le résumé d'observation établi le 27 août 2002 suite au séjour de l'assuré au département de chirurgie du 13 au 26 août 2002 (voir ch. 2 supra). - Le rapport de la tomodensitométrie axiale computerisée de la cheville et du pied gauches réalisée le 4 février 2003 (voir ch. 5 supra). - Le rapport de l'ultrason du 16 décembre 2005 (voir ch. 20 supra). - Le rapport de la radiographie de la colonne lombo-pelvienne également effectuée le 16 décembre 2005 (voir ch. 21 supra). - Les rapports du Dr I_____ des 9 mars 2007 (voir ch. 24 supra), 17 avril 2007 (voir ch. 25 supra), 10 janvier 2013 (voir ch. 27 supra) et 2 avril 2015 (voir ch. 31 supra). - Le rapport des IRM de la colonne cervicale et de la colonne lombaire, réalisées le 6 février 2013 (voir ch. 28 supra). - Le rapport de l'IRM lombaire effectuée le 12 juin 2015 (voir ch. 32 supra). - Un rapport du 19 août 2015 du docteur J_____, généraliste FMH au centre médical et sportif de Peillonex, dont il ressort que l'assuré présentait des douleurs séquellaires importantes au niveau du pied gauche, diffuses, suite à son accident en 2002. L'appareillage orthopédique ne convenait pas pour son activité de livreur et ne suffisait pas à le soulager. Par ailleurs, l'assuré se plaignait de douleurs de l'épaule droite, en relation avec un problème de fissure tendineuse de la coiffe des rotateurs, ainsi que de cervicalgies et lombalgies, liées à des discopathies sans signe de rétrécissement foraminaux. A cela s'ajoutait une péjoration de l'état dépressif depuis 2005. 35. Les pièces nouvelles ont été soumises au SMR, lequel, sous la plume de la doctresse K_____, généraliste FMH, a relevé dans un avis daté du 24 septembre 2015, que le Dr J_____ évoquait des atteintes connues du pied gauche et de l'épaule droite, déjà prises en considération en 2005. Le médecin précité faisait également état de cervico-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs étagés, ayant fait l'objet de plusieurs investigations, notamment par le Dr I_____, lequel estimait que dans une activité adaptée, l'assuré était capable de travailler à 100%. Enfin, le Dr J_____ évoquait un état dépressif, qui ne semblait toutefois pas faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique. En tous les cas, au vu des éléments précités, la Dresse K_____ était d'avis que l'assuré était capable de travailler dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, en plus des limitations retenues en 2004. En résumé, la capacité de travail de l'assuré

était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles du pied gauche, de l'épaule droite et du rachis.![endif]>![if> 36. Par projet de décision du 8 octobre 2015, confirmé par décision du 4 décembre 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 29 juillet 2015, considérant que l'assuré n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière notable depuis la dernière décision, la capacité de travail étant toujours entière dans toute activité adaptée.![endif]>![if> 37. Le 7 décembre 2015, l'assuré a subi une arthrodèse de la cheville gauche.![endif]>![if> 38. Le 20 janvier 2016, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi du dossier pour instruction complémentaire.![endif]>![if> A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment rappelé qu'il ne pouvait plus exercer l'activité de maçon. Depuis la première décision de l'OAI (ci-après : l'intimé), le 13 décembre 2005, il avait été au chômage pendant plusieurs mois. Par la suite, il avait effectué plusieurs stages pour Emploi solidarité entre avril 2007 et avril 2008. De mai 2008 à mai 2010, il avait travaillé en tant que livreur, mais il avait dû cesser cette activité, celle-ci n'étant pas adaptée à son état de santé. A partir de juin 2010, il avait travaillé en qualité de technicien-monteur, activité dans laquelle il avait présenté plusieurs incapacités : 100% du 2 décembre 2014 au 5 janvier 2015, 50% du 5 janvier au 1^{er} mars 2015, 100% du 3 mars au 31 mai 2015, 50% du 1^{er} juin au 6 décembre 2015 et 100% depuis le 7 décembre 2015. La SUVA avait accepté la rechute suite à l'accident du 13 août 2002 et lui avait versé des indemnités journalières. En raison de ses problèmes de santé, il avait été licencié pour le 30 juin 2015. Dès lors qu'il avait présenté une incapacité de travail dûment attestée depuis le 2 décembre 2014, variant entre 50 et 100%, il était patent que son état de santé s'était aggravé au niveau de son pied gauche. Par ailleurs, il souffrait de douleurs à l'épaule droite, de cervicalgies et de lombalgies ainsi que d'un état dépressif qui s'était aggravé. Dans ces circonstances, l'intimé devait procéder à une instruction supplémentaire pour déterminer ses droits. 39. Par courrier du 17 mai 2016, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport du département de chirurgie des HUG, daté du 8 avril 2016, dont il ressort qu'il avait bénéficié d'une arthrodèse cunéo-métatarsienne 1 et 2 le 7 décembre 2015. Les suites opératoires étaient sans particularités. Actuellement, le pied du recourant était immobilisé par un plâtre, dans le but de permettre la consolidation, laquelle se déroulait favorablement d'un point de vue radiologique. Cliniquement, une raideur post-immobilisation, pour laquelle des séances de physiothérapie étaient prescrites, avait été constatée. Il était également convenu d'un sevrage progressif de la botte plâtrée et des béquilles ainsi que d'une reprise du chaussage habituel. La reprise de son activité à temps partiel allait être rediscutée trois mois plus tard mais les suites de ce type de chirurgie étaient longues et pouvaient durer jusqu'à un an avant la reprise d'une activité professionnelle physique à temps plein.![endif]>![if> 40. L'intimé a répondu par écriture du 16 juin 2016 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A l'appui de sa position, il a notamment considéré que l'arthrodèse réalisée le 7 décembre 2015 ne pouvait être prise en considération dès lors que la décision querellée avait été notifiée le 4 décembre 2015. A cela s'ajoutait le fait que la nature de la prise en charge de la SUVA consécutivement à la rechute n'était pas connue. Enfin, si le trouble dépressif constituait bien une nouvelle atteinte, il ne faisait pas l'objet d'un suivi spécialisé et le degré de gravité n'était pas précisé.![endif]>![if> 41. Le 20 juillet 2016, le recourant a répliqué, rappelant qu'il avait dû cesser son stage de réadaptation en 2005 en raison de ses douleurs à l'épaule et non par manque de motivation. Il convenait de prendre en considération l'arthrodèse du

7 décembre 2015 dans l'appréciation de la nouvelle demande, celle-ci étant à l'évidence liée à une aggravation et aux effets continus dans le temps de troubles existants. Malgré cette intervention, il était toujours incapable de travailler. Une persistance de la douleur fonctionnelle du pied et une décompensation arthrosique d'articulation autour du site de l'arthrodèse étaient à prévoir. Dans ces circonstances, son état de santé s'était à l'évidence aggravé depuis la décision de refus de prestations du 13 décembre 2005. Il concluait donc à l'annulation de la décision de l'OAI et au renvoi de la cause à cet office, sollicitant pour le surplus une rente en principe limitée dans le temps, sous réserve de l'évolution de son état de santé, et des mesures de réadaptation professionnelle dès qu'il aura recouvré sa capacité de travail dans une activité adaptée.!

42. L'intimé a produit sa duplique en date du 17 août 2016 : les arguments du recourant tendaient à démontrer l'ampleur de l'éventuelle détérioration de l'état de santé, de sorte qu'ils n'étaient pas en lien avec la problématique du litige qui portait uniquement sur l'entrée en matière et non le fond. Dès lors que la décision querellée était une décision de non-entrée en matière, la tâche de la chambre de céans était uniquement de déterminer si, au moment de la décision litigieuse, l'administration était en droit de rejeter, sans plus ample examen, la nouvelle demande de prestations. Dans de telles circonstances, la production de pièces au stade de la procédure judiciaire n'était donc pas utile.!

43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

44. Le 12 septembre 2016, le recourant a transmis à la chambre de céans un tirage du courrier de la SUVA du 29 août 2016, mettant fin à l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2016. A cette date, la SUVA allait examiner la nécessité d'adapter la rente d'invalidité perçue depuis le 1^{er} novembre 2005.!

45. La chambre de céans a transmis cette pièce à l'OAI et a rappelé que la cause était déjà gardée à juger.!

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^{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).!

2. Le recours a été formé, compte tenu des fêtes se déroulant du 18 décembre 2015 au 2 janvier 2016 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA).!

3. L'objet du litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'intéressé le 29 juillet 2015. !

4. a. Lorsque la rente d'invalidité 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. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). !

L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 cons. 2b, 117 V 198 cons. 4b et les références). En d'autres termes, les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V

108 consid. 5.3.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'article 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 cons. 2b). b. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note no 27 ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 326/04 du 7 décembre 2004 consid. 4.1 et I 454/04 du 4 octobre 2005 consid. 3.2). c. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a).

5. Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

6. En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande du 29 juillet 2015 considérant que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Il y a donc lieu de comparer la situation prévalant lors de la précédente décision de refus de prestation, datée du 13 décembre 2005, et celle existant en décembre 2015. a. Lors de la première décision de refus de prestations, qui remonte au 13 décembre 2005, l'OAI disposait essentiellement de rapports relatifs à l'atteinte au pied et à la cheville gauches, faisant état d'une fracture comminutive du calcanéum distal et d'une luxation du Lisfranc (rapports de tomodynamométrie axiale computerisée de la cheville et du pied gauches du 4 février 2003 ; rapport du Dr B_____ du 13 octobre 2003 ; radiographie du pied gauche du 5 novembre 2003, CT de la cheville et du pied gauches du 20 novembre 2003 ; rapport de la CRR du 27 novembre 2003 ; rapport du Dr D_____ du 26 avril 2004, rapport du

Dr F_____ du 16 juin 2004), et d'une arthrose du Chopart et du Lisfranc (rapport du Dr C_____ du 26 novembre 2003 et rapport de la CRR du 27 novembre 2003). b. Lors de la décision querellée, en décembre 2015, l'OAI disposait de pièces médicales relatives à trois types d'atteintes : - Plusieurs pièces concernaient tout d'abord une atteinte à l'épaule droite, sous la forme d'une lésion de la coiffe des rotateurs (ultrason du 16 décembre 2005 ; attestation du Dr H_____ du 10 janvier 2006 ; rapport du Dr I_____ du 9 mars 2007 ; rapport du Dr J_____ du 19 août 2015). - De nombreuses pièces produites par le recourant se réfèrent ensuite aux troubles du rachis, sous la forme de discrètes discopathies aux étages C5-C6 et C6-C7 et de discrets phénomènes de déshydratation discale au niveau L1-L2 et L2-L3 associé à un discret débord discal au niveau L2-L3 (radiographie de la colonne lombo-pelvienne du 15 décembre 2005 ; rapports du Dr I_____ des 17 avril 2007 et 7 décembre 2012 ; IRM de la colonne lombaire et cervicale du 7 décembre 2012 ; courrier du Dr I_____ du 2 avril 2015 ; IRM de la colonne lombaire du 12 juin 2015). - Enfin, quelques documents médicaux portaient sur les douleurs au pied gauche (résumé d'observation établi le 27 août 2002 par le département de chirurgie des HUG, rapport de tomодensitométrie axiale computerisée de la cheville et du pied gauches du 4 février 2003 ; rapport du Dr J_____ du 19 août 2015). c. Certes, la situation ne semble pas avoir évolué s'agissant de l'atteinte au pied, la problématique de l'arthrose étant déjà connue lorsque la décision du 13 décembre 2005 a été rendue. En revanche, le dossier contient des indices suffisants plaidant en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant avec l'apparition d'une atteinte au niveau du rachis et de l'épaule droite. Contrairement à ce que le SMR a allégué, dans son avis du 24 septembre 2015, l'atteinte à l'épaule n'était pas connue par l'OAI et n'avait dès lors pas pu faire l'objet de la décision du 13 décembre 2005. En effet, quand bien même l'atteinte à l'épaule était à l'évidence déjà existante lorsque l'OAI a rendu la décision du 13 décembre 2005, elle n'avait pas été portée à la connaissance de l'office précité dès lors qu'aucune atteinte de ce type n'avait été évoquée par les médecins de la CRR ou les maîtres socio-professionnels, lesquels avaient au contraire considéré qu'il n'y avait pas de limitation aux membres supérieurs. Dans ces circonstances, il convient de retenir que, dans le cadre de la première demande, l'état de santé du recourant n'a pas été examiné sous l'angle de l'atteinte à l'épaule, de sorte que celle-ci constitue une nouvelle atteinte. Au vu de ce qui précède, l'OAI devait entrer en matière sur la demande de prestations – ce qui ne préjuge pas de la décision sur le fond – et investiguer en ordonnant le cas échéant une expertise ou un examen multidisciplinaire compte tenu des diverses pathologies dont souffre le recourant. Au demeurant, on peut se demander si tel n'a pas été formellement le cas étant donné que le SMR a élargi les limitations fonctionnelles à retenir, ce qui revient en réalité à examiner la demande de prestation de manière plus approfondie. La question peut en l'état rester ouverte dès lors qu'il convient quoi qu'il en soit de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur l'aggravation de l'état de santé et nouvelle décision. 7. En conséquence, le recours sera admis et la décision du 5 décembre 2015 annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le

recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet.![endif]>![if> 3. Annule la décision de l'OAI du 4 décembre 2015 en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations du 29 juillet 2015.![endif]>![if> 4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction de la demande de prestations du 29 juillet 2015 et nouvelle décision.![endif]>![if> 5. Alloue au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, à la charge de l'OAI.![endif]>![if> 6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI. ![endif]>![if> 7. 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.![endif]>![if> La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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