

GE_GERICHTE A/2689/2014 vom 1. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2689_2014

FR: GE_GERICHTE A/2689/2014 du 1 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/2689/2014 del 1 dicembre 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.12.2015 A/2689/2014

A/2689/2014 ATAS/915/2015 du 01.12.2015 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2689/2014 ATAS/915/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 1 er décembre 2015 2 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Agrippino RENDA 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), de nationalité portugaise, né le _____ 1979, était employé par les deux entreprises suivantes : [endif]>![if> - depuis le 20 avril 2005 par B_____ AG (ci-après B_____) à raison de 42 heures par semaine en qualité de nettoyeur et de plongeur en cuisine et, [endif]>![if> - depuis le 1 er octobre 2006, par le D_____ SA (ci-après : la régie) à raison de 15 heures par semaine en qualité de nettoyeur. [endif]>![if> 2. Le 11 décembre 2010, l'assuré participait à un match de football entre amis. Alors qu'ils étaient deux à se disputer le ballon, son adversaire lui a malencontreusement donné un coup au niveau du gros orteil du pied gauche au lieu de frapper dans le ballon. [endif]>![if> 3. L'assuré a depuis lors été incapable de travailler quelle que soit son activité professionnelle jusqu'au 20 mars 2011. [endif]>![if> 4. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA – caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). [endif]>![if> 5. Le jour-même de l'accident, l'assuré s'est rendu à la Permanence médico-chirurgicale de Vermont – Grand Pré SA (ci-après : la permanence), où le diagnostic de luxation du gros orteil gauche a été posé (rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale du 21 février 2011 ; rapport du docteur F_____, médecin répondant du 15 mars 2011). La marche était difficile et l'assuré présentait des douleurs à la palpation (rapport du Dr E_____ du 21 février 2011). Des radiographies du gros orteil, effectuées les 13 et 20 décembre 2010 n'ont pas révélé de fracture mais un ostéophyte de la partie externe de la tête du 1 er métatarsien. [endif]>![if> 6. L'assuré a été adressé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour un traitement plus spécifique. Selon un rapport du 23 mars 2011, il souffrait en réalité d'une fracture intra-articulaire non déplacée de la dernière phalange. Le diagnostic retenu était par conséquent celui de fracture de la phalange intermédiaire (P2) du gros orteil (D1) du pied gauche. Le traitement consistait à immobiliser le pied et à prendre des antalgiques. [endif]>![if> 7. Le 9 septembre 2011, le Dr F_____ a expliqué que l'assuré, qui n'arrivait pas à plier son pied, ressentait toujours des douleurs en marchant. Il présentait également une enflure modérée de l'articulation interphalangienne proximale (IPP), avec une mobilisation restreinte et douloureuse. Neuf séances de physiothérapies avaient été prescrites. [endif]>![if> 8. Selon le rapport d'interprétation de la radiographie du gros

orteil du pied gauche du 28 septembre 2011, il y avait très vraisemblablement eu une fracture intra-articulaire et une subluxation, qui persistait. 9. L'assuré a consulté le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin consultant auprès de la permanence, lequel a posé, en octobre 2011, les diagnostics de status après fracture de la base de la phalange intermédiaire du premier orteil du pied gauche, subluxation et arthrose sur cal vicieux des phalanges distale (P1) et intermédiaire (P2). L'assuré se plaignait toujours de douleurs à la marche, au niveau des points d'appui. Le traitement envisagé consistait en une arthrodèse des phalanges distale et intermédiaire (P1-P2) de l'orteil du pied gauche. 10. Le 18 novembre 2011, le Dr G_____ a procédé à l'arthrodèse envisagée. 11. Suite à cette intervention, l'assuré a été incapable de travailler dans ses deux activités jusqu'au 5 février 2012. 12. Selon le Dr G_____, dès le 6 février 2012, l'assuré était capable de reprendre une activité à mi-temps, devant respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds ni de montées ou descentes d'escaliers (certificat du 1^{er} février 2012). 13. Dans les faits, l'assuré a repris à 50% son activité chez B_____. En revanche, il était toujours totalement incapable d'exercer celle chez son autre employeur, dès lors qu'elle impliquait trop de déplacements ainsi que des montées ou descentes d'escaliers. À la fin de sa demi-journée chez B_____, l'assuré souffrait de son pied gauche et marchait avec le pied tordu pour éviter que son gros orteil ne touche le sol. Dès qu'il appuyait sur le bout de son pied, notamment en montant les escaliers, son orteil, qui était toujours enflé, lui faisait mal (voir rapport d'entretien de la SUVA, contresigné par l'assuré le 20 mars 2012). 14. Le 2 avril 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) invoquant un coup de pied sur le gros orteil du pied gauche. 15. Dès le 8 mai 2012, l'assuré a été capable de reprendre son activité professionnelle à 100% pour le compte de la régie mais a continué à 50% son activité chez B_____. 16. Par courrier du 8 mai 2012, le Dr G_____ a rappelé les diagnostics de status après arthrodèse P1-P2 du gros orteil du pied gauche. L'assuré marchait en charge, avec des chaussures normales, sans boiterie. Aucune rougeur n'était constatée. En revanche, le médecin précité a remarqué des signes de points d'appuis. En raison des pieds plats, des semelles avaient été prescrites. Selon les radiographies, des points étaient visibles, ce qui signifiait que les espaces n'étaient pas comblés. Lors de la consultation du 23 avril 2012, le Dr G_____ avait informé l'assuré qu'il l'estimait capable de reprendre une activité professionnelle, ce qui avait eu pour conséquence d'âpres discussions. Concrètement, l'activité de concierge était possible à 100%. Quant à l'activité de plongée, elle n'était possible qu'à 50%, l'assuré portant des chaussures de protection. 17. L'imagerie du pied droit de face et en oblique, effectuée le 9 mai 2012, a montré une structure et une morphologie osseuses et des rapports articulaires conservés. Il n'y avait aucune lésion osseuse post-traumatique évidente. 18. Dans son rapport du 14 juin 2012 destiné l'OAI, le Dr G_____ a fait état d'un status après arthrodèse P1-P2 du 1^{er} orteil gauche existant depuis le 18 novembre 2011. L'assuré occupait deux activités professionnelles : dans l'activité de bureau, la capacité de travail était actuellement nulle mais elle serait entière dès le 9 août 2012. En revanche, dans l'activité de nettoyage à l'aéroport, elle n'était que de 50% depuis le 7 février 2012, taux pouvant être augmenté à 100% avec des chaussures de protection. Le rendement était réduit dans l'activité lourde. L'assuré souffrait lors de marches prolongées avec des chaussures de protection. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de

chaussures de sécurité inadaptées, dans lesquelles l'assuré butait sur l'avant. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) était si nécessaire à prévoir.![endif]>![if> 19. Par communication du 12 septembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.![endif]>![if> 20. Le même jour, le Dr G_____ a informé la SUVA que le pied gauche de l'assuré allait mieux et une reprise d'activité était possible. L'assuré ne se sentait cependant pas apte à reprendre chez B_____ en raison des lourdes charges et des chaussures. Le médecin précité enjoignait dès lors la SUVA à faire le point sur le poste de travail exact occupé chez B_____ afin de convenir d'une éventuelle reprise (voir la note téléphonique de la SUVA du 12 septembre 2012).![endif]>![if> 21. Mécontent du traitement prodigué par le Dr G_____, lequel ne souhaitait pas enlever la vis et ne lui prescrivait que des semelles orthopédiques, l'assuré a été consulter le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Fribourg, pour un avis spécialisé. Celui-ci lui a fortement conseillé l'ablation de la vis, condition pour qu'un nouveau geste chirurgical puisse être effectué, ce qui lui avait déjà été conseillé par un médecin portugais qu'il avait consulté en 2011 et 2012 (voir rapport d'entretien de la SUVA contresigné par l'assuré le 18 octobre 2012).![endif]>![if> 22. Dans un avis du 12 novembre 2012, le Dr H_____ a expliqué avoir constaté, lors de la consultation du 9 octobre 2012, une gêne subjective et objective à la base d'une malposition (en extension dorsale) du gros orteil après l'arthrodèse interphalangienne (IP). Le diagnostic était ainsi celui de malposition du gros orteil gauche et le traitement entrepris était d'ordre ortho-technique avec la prescription d'une semelle, sans résultat conclusif. Le traitement envisagé consistait en une ré-arthrodèse du gros orteil gauche.![endif]>![if> 23. L'assuré a, à nouveau, été incapable de travailler à 50% du 9 octobre au 14 novembre 2012.![endif]>![if> 24. Le 16 novembre 2012, le Dr H_____ a procédé à une révision avec ré-arthrodèse (trois broches) de l'articulation interphalangienne et ostéotomie de flexion (phalange de base et phalange distale), avec correction de l'extension dorsale de 20°, ainsi qu'à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO – vis de 2,5) au niveau du gros orteil gauche, les diagnostics étant ceux de malposition en extension du gros orteil et de status après fracture comminutive intra-articulaire et arthrodèse interphalangienne du gros orteil (voir rapport opératoire du 16 novembre 2012 et rapport de sortie du 26 février 2013).![endif]>![if> 25. L'ablation des trois broches a été effectuée le 5 mars 2013 par le Dr H_____. L'assuré a ensuite bénéficié de deux chaussures orthopédiques, l'une pour l'intérieur et l'autre pour les déplacements. L'évolution était lentement favorable.![endif]>![if> 26. En raison de ces deux interventions, l'assuré a été totalement incapable de travailler du 15 novembre 2012 au 6 janvier 2013. Du 7 janvier au 7 avril 2013, il a été incapable de travailler à 100% dans son activité pour la régie et à 50% dans son activité pour B_____. Dès le 8 avril 2013, l'assuré était à nouveau capable de travailler à 100% dans ses deux activités.![endif]>![if> 27. Dans un courrier du 18 juin 2013, le Dr H_____ a rappelé le diagnostic de status après arthrodèse et révision d'arthrodèse de l'articulation interphalangienne proximale du gros orteil. L'assuré signalait une marche presque normale après des journées de travail de 10 à 12h. Occasionnellement, il ressentait des sensations de serrage « anneau » du gros orteil, lequel n'avait pas supporté les formes faites à Genève. L'examen clinique montrait un bon appui, ce qui était confirmé par l'examen podoscopique. La station sur la pointe des pieds était possible et indolore. Le contrôle des formes révélait une qualité sub-optimale étant donné qu'elles ne soutenaient qu'une partie de la voûte et ne corrigeaient pas l'affaissement de celle-ci de manière satisfaisante. En conclusion, le Dr H_____ proposait la confection d'une deuxième paire

de formes, devant essentiellement être utilisées, à son travail, dans les chaussures de sécurité.!

28. Du 5 juillet au 10 septembre 2013, l'assuré a, à nouveau, été incapable de travailler à 100% dans ses deux activités professionnelles. !

29. Au cours du mois de septembre 2013, le Dr H_____ a adressé les rapports suivants à la SUVA et à l'OAI :!

- Dans son rapport adressé à l'OAI le 2 septembre 2013, il a, après avoir rappelé les diagnostics, considéré que l'assuré ne présentait plus aucune incapacité de travail depuis le 8 avril 2013, la capacité de travail ayant été de 50% entre le 3 janvier et le 7 avril 2013.!

- Dans son rapport adressé à la SUVA le 10 septembre 2013, il a posé le diagnostic de troubles statiques d'étiologie incertaine et a rappelé celui de status après arthrodèse de l'articulation interphalangienne proximale du gros orteil gauche. Malgré les formes, l'assuré signalait des douleurs le long de la jambe et de la cuisse, décrivant également une position en inversion du pied gauche pour décharger le bord interne. À la fin de la journée, il n'arrivait plus à marcher. Il avait également perdu 7 kg. À l'examen clinique, l'orthopédiste susmentionné ne retrouvait pas de trouble statique ou de désaxation ou autre qui expliqueraient l'étiologie des gênes et douleurs signalées par le patient. Les formes sur mesure étaient correctes et redressaient la voûte longitudinale de façon efficace. Le Dr H_____ ne trouvait pas la raison des douleurs de l'assuré. Il s'agissait probablement d'une surcharge dans l'activité professionnelle de l'assuré, laquelle impliquait des impératifs de rendement. À titre pragmatique, il avait lui conseillé de ne plus mettre ses formes actuelles et de les remplacer par les formes standards. Il lui suggérait de s'habituer à celles-ci pendant 10 à 14 jours, pendant lesquels il devrait également réduire son activité à 50%.!

30. Le 11 septembre 2013, l'assuré a pu reprendre à 50% son activité pour B_____. En revanche, il était toujours incapable de reprendre son activité pour la régie. !

31. Au cours du mois de novembre 2013, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a adressé les rapports médicaux suivants aux deux assurances impliquées : !

- Selon les réponses manuscrites données au mois de novembre 2013 à la SUVA, le problème était algique et dépressif et comprenait également des troubles de la marche. Il s'agissait d'une situation compliquée issue d'une fracture du gros orteil avec rupture tendineuse et blocage de la première articulation de cet orteil, ce qui rendait la marche difficile, avec des problèmes pour l'assuré de maintenir son rythme de travail. L'assuré présentait également une sinistrose ainsi qu'un état dépressif, ayant entraîné une perte de poids de 8 à 10 kg, avec une incapacité de motivation et des idées persécutrices et dévalorisantes. Pour le Dr I_____, l'assuré présentait en réalité une combinaison entre un syndrome de type sinistrose et un syndrome physique secondaire à l'accident et à l'arthrodèse de son gros orteil.!

- Dans son rapport destiné à l'OAI, daté du 4 novembre 2013, le Dr I_____ a posé les diagnostics d'arthrodèse de la première phalange du gros orteil gauche post rupture tendineuse accidentelle, troubles de la marche et troubles algiques et état dépressif. Le trouble algique persistait tout comme le trouble à la marche par chargement du point d'appui du pied. Le pronostic était mauvais, avec la persistance du problème algique et un état dépressif. Le traitement consistait en des antidouleurs à la demande. L'antidépresseur avait été stoppé un mois auparavant. Dans son premier emploi, l'assuré avait été totalement incapable de travailler du 5 juillet au 11 septembre 2013 mais était depuis lors capable de travailler à 50%. Dans son deuxième travail, il était toujours incapable de travailler. En raison des algies et de la fatigue à la marche, il existait des restrictions dans l'activité exercées jusqu'alors, laquelle était encore exigible de 50 à 70%. Il était toutefois difficile de savoir quand une reprise serait possible. Les problèmes à la marche entraînaient des

répercussions sur la capacité de travail, au contraire de l'état dépressif en régression. Les incapacités de travail étaient intermittentes, en fonction des algies. Dans son activité habituelle, la capacité de travail était de 50%. Elle était de 100% dans une activité adaptée.![endif]>![if> En annexe figuraient les rapports du Dr H_____ des 18 juin et 10 septembre 2013. 32. Du 1^{er} octobre 2013 au 26 février 2014, l'assuré était totalement incapable de travailler pour la régie et seulement à 50% pour B_____, étant précisé que pendant le mois de novembre 2013, l'assuré était également incapable de travailler pour B_____.![endif]>![if> 33. Par courrier du 22 janvier 2014, l'assuré a expliqué à l'OAI que son état de santé n'était pas encore stabilisé et qu'il souffrait encore de son orteil gauche lors de déplacements. Il n'arrivait pas à marcher correctement, ce qui entraînait des douleurs au niveau de ses jambes et de son dos, avec des conséquences sur sa vie professionnelle et privée. Il se sentait souvent déprimé car il n'arrivait plus à travailler et à vivre comme avant l'accident. Son activité était alors de quatre heures par jour depuis septembre 2013, ce qui était à la limite du supportable, ce qui correspondait à un 40% chez B_____. Ses revenus s'élevaient à CHF 4'900.-, soit CHF 2'000.- versés par B_____ et CHF 2'900.- versés par la SUVA. ![endif]>![if> 34. Le 25 février 2014, l'assuré a été examiné par le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le rapport du 5 mars 2014, établi consécutivement à cet examen, le psychiatre précité a noté une symptomatologie dépressive d'intensité légère, avec une humeur n'étant pas stablement dépressive, une inhibition modérée, une absence de ralentissement psychomoteur et d'idéation suicidaire ainsi que des éléments de culpabilité et de persécution, principalement liés avec un harcèlement au travail. Il existait également une anxiété face aux nombreuses incertitudes pesant sur l'avenir de l'assuré, notamment sur le plan professionnel. Quand bien même les médecins de l'assuré l'avaient informé qu'il allait probablement rester handicapé, il avait beaucoup de peine à entrer dans un processus de deuil, en raison de la persistance d'une atteinte à ce niveau et de l'absence de récupération de la même mobilité qu'avant. Fort de ces constatations, le Dr J_____ a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2). En l'état, le lien de causalité entre les troubles psychiques et l'atteinte psychique (recte entre l'accident et l'atteinte psychique / les troubles psychiques) devait être retenu.![endif]>![if> 35. L'assuré a été totalement incapable de travailler du 27 février au 6 avril 2014.![endif]>![if> 36. Le 2 avril 2014, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à une appréciation médicale, dont il ressort qu'au vu de l'examen clinique effectué le 18 juin 2013, lors duquel le médecin traitant avait constaté une marche quasiment normale, il pouvait être conclu que l'assuré était totalement capable de travailler.![endif]>![if> 37. Dans son rapport intermédiaire du 3 avril 2014 destiné à l'OAI, le Dr I_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, avec l'apparition d'un état dépressif et d'une fatigue depuis plusieurs mois, ayant entraîné une incapacité totale de travailler. Il n'y avait aucun changement au niveau du gros orteil. La situation actuelle relevait plus de l'état psychique de l'assuré que de son état physique. Psychologiquement, l'assuré avait des difficultés à assumer son atteinte physique. Physiquement, il ressentait toujours des douleurs dans son pied, difficiles à évaluer. Il était incapable de travailler à 50 % dès la fin de l'année 2013 en raison de son pied et à 100% dès le 27 février 2014 en raison des symptômes suivants : fatigue, baisse d'énergie, diminution du poids et état dépressif. Dans son activité de nettoyeur, la capacité de travail exigible était comprise entre 50 et 75%. Dans une activité

adaptée, dans laquelle la marche n'était pas nécessaire, l'assuré était totalement capable de travailler. Le pronostic était mauvais pour le pied. Sur le plan psychique, on semblait se diriger vers une sinistrose. Il y avait une bonne concordance du point de vue psychique. Somatiquement, au niveau du pied, la concordance entre les plaintes et l'examen clinique était difficile à évaluer. L'assuré allait reprendre son activité professionnelle à 50% dès le 11 avril 2014. 38. L'assuré a été partiellement incapable de travailler (50%) du 7 au 30 avril 2014. 39. En résumé, à la date du 30 avril 2014, l'assuré a été incapable de travailler comme suit : Incapacités de travail C_____ Régie 11.12.2010 - 20.03.2011 100% 100% 21.03.2011 – 16.11.2011 0% 0% 17.11.2011 – 05.02.2012 100% 100% 06.02.2012 – 07.05.2012 50% 100% 08.05.2012 – 08.10.2012 50% 0% 09.10.2012 – 14.11.2012 50% 50% 15.11.2012 – 04.03.2013 100% 100% 05.03.2013 – 07.04.2013 100% 100% 08.04.2013 – 04.07.2013 0% 0% 05.07.2013 – 10.09.2013 100% 100% 11.09.2013 – 31.10.2013 50% 100% 01.11.2013 – 30.11.2013 100% 100% 01.12.2013 – 26.02.2014 50% 100% 27.02.2014 – 06.04.2014 100% 100% 07.04.2014 – 30.04.2014 50% 100% 40. Par décision du 30 avril 2014, la SUVA a mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident. En effet, la reprise d'une activité professionnelle était exigible en ce qui concernait les seuls troubles organiques liés à l'accident du 11 décembre 2010. S'agissant des autres troubles mentionnés par l'assuré, ils ne pouvaient s'expliquer du point de vue organique comme étant des séquelles de l'accident assuré. Les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré, les conditions jurisprudentielles n'étant pas remplies. Enfin, l'effet suspensif de l'opposition était retiré. 41. Dans un avis du 13 mai 2013, le Dr L_____, médecin praticien auprès du service médical de l'assurance-invalidité (SMR), a considéré que selon l'appréciation du Dr J_____, il n'y avait pas de raison justifiant une incapacité de travail, l'assuré présentant en réalité un trouble de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuses et dépressives. La SUVA avait d'ailleurs mis un terme à ses prestations avec effet au 30 avril 2014. 42. Le 28 mai 2014, l'assuré s'est opposé, sous la plume de son conseil, à la décision du 30 avril 2014 concluant, avec suite de frais et dépens, à la restitution de l'effet suspensif, à l'annulation de la décision du 30 avril 2014, et au versement de l'intégralité des prestations dues en raison de son incapacité de travailler au-delà du 30 avril 2014 et ce pour une durée indéterminée. À l'appui de son opposition, il a notamment fourni les pièces suivantes : - L'attestation du 16 octobre 2013 du docteur M_____, orthopédiste au Portugal et sa traduction certifiée conforme, dont il ressort que l'assuré se plaignait encore de douleurs au gros orteil, l'obligeant à appuyer son pied sur l'extérieur, ce qui avait pour conséquence des douleurs dans la jambe. - Deux certificats établis le 30 avril 2014 par le Dr I_____, concernant chacune des activités de l'assuré, attestant d'une incapacité totale de travailler du 1^{er} au 31 mai 2014. 43. Par projet de décision du 30 mai 2014, confirmé le 4 juillet 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et aux mesures professionnelles, constatant que son atteinte à la santé n'avait pas entraîné une incapacité de travail moyenne de 40% au moins pendant une année et que cette incapacité de travail ne persistait pas à plus de 40% au moins. En effet, l'incapacité de travail retenue était la suivante : 100% du 17 novembre 2011 au 5 février 2012, 50% du 6 février au 7 mai 2012, 0% du 8 mai au 14 novembre 2012, 100% du 15 novembre 2012 au 7 avril 2013, 0% du 8 avril 2013 au 4 juillet 2013, 100% du 5 juillet au 30 septembre 2013, 50% du 1^{er} octobre 2013 au 26 septembre 2014, 100% du 27 février au 6 avril 2014, 50% du 7 avril au 30 avril 2014 et 0% dès le 1^{er} mai 2014. 44. Les nouvelles pièces médicales

produites le 28 mai 2014 en annexe à l'opposition à la décision de la SUVA ont été soumises au Dr K_____, qui a considéré, par avis du 2 juin 2014, qu'elles n'entraînaient pas de modification de son appréciation.![endif]>![if> 45. Le 27 juin 2014, l'assuré a formé, sous la plume de son conseil, « opposition » au projet de décision de l'OAI du 30 mai 2014, considérant que les conclusions prises par cet office étaient infondées et totalement arbitraires dans la mesure où il ressortait du dossier médical que son incapacité de travail persistait à plus de 40%. En annexe à son courrier figurait les mêmes pièces que celles produites à l'appui de l'opposition à la décision de la SUVA.![endif]>![if> 46. Par courrier du 4 juillet 2014, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'aucune procuration en sa faveur ne figurait au dossier de sorte qu'il n'était pas autorisé à faire valoir les droits de son mandant. Cela étant, l'office précité avait pris note du courrier du 27 juin 2014. Cependant, les éléments y figurant ne permettaient pas de revenir sur la décision, laquelle déployait par conséquent tous ses effets. Dans la mesure où une décision sujette à recours a été notifiée à l'assuré, il lui appartenait dès lors de former, le cas échéant, un recours.![endif]>![if> 47. Le 4 septembre 2014, le Dr K_____ a établi une nouvelle appréciation médicale. Après avoir résumé les pièces pertinentes et les constatations faites lors de l'examen clinique réalisé le 18 juin 2013, le médecin-conseil de la SUVA a rappelé que le Dr H_____ avait confirmé une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 8 avril 2013, mentionnant dans ses courriers que l'assuré faisait état d'une marche presque normale quand bien même les journées allaient parfois de 10 à 12 heures. Par conséquent, à la lumière des différents certificats du Dr H_____, on pouvait s'attendre, dès le 1^{er} mai 2014, à la reprise à 100% de son activité antérieure de nettoyage, de sorte que la précédente appréciation était maintenue. ![endif]>![if> 48. Le 8 septembre 2014, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision du 4 juillet 2014 de l'OAI (cause A/2689/2014). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'octroi d'un délai supplémentaire pour prendre connaissance des pièces de l'OAI et compléter ses écritures et cela fait, à la tenue d'une comparution personnelle des parties et d'une audience d'enquêtes au cours de laquelle les Drs M_____ et I_____ devraient être entendus, à la réalisation d'une expertise neutre et à l'audition de l'expert. Principalement, le recourant concluait à l'admission du recours et à l'annulation de la décision 4 juillet 2014 et cela fait, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et/ou de mesures professionnelles ou de réadaptation. Subsidièrement, le recourant concluait au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. ![endif]>![if> À l'appui de son recours, l'assuré a notamment considéré que l'intimé commettait « l'arbitraire le plus absolu » en rejetant sa demande, alors que son état de santé rendait l'octroi d'une rente et, subsidiairement, de mesures professionnelles, absolument nécessaire. C'était de manière insoutenable que l'intimé avait substitué son propre diagnostic à ceux des médecins expérimentés et spécialisés l'ayant régulièrement pris en charge. À cela s'ajoutait le fait que l'intimé ne fondait sa décision sur aucune argumentation juridique, ce en violation flagrante des principes constitutionnels. En annexe à son recours, l'assuré produisait les mêmes pièces que celles transmises à l'appui de l'« opposition ».

49. Par décision sur opposition du 17 septembre 2014, la SUVA a écarté l'opposition du 28 mai 2014 et confirmé sa décision du 30 avril 2014, considérant que le dossier ne contenait aucun élément concret permettant de jeter un doute sur le bien-fondé de l'avis convaincant et motivé du Dr K_____. En effet, ni les certificats médicaux du Dr I_____ ni l'évaluation « médico-légale » du Dr M_____ ne permettaient de remettre en question les conclusions du médecin d'arrondissement précité. Par conséquent, une pleine valeur

probante devait être accordée à l'avis du Dr K_____. La SUVA a également considéré que « la persistance d'une incapacité de travail après une simple fracture de l'orteil, subie il y a plus de trois ans, [n'apparaissait] pas compréhensible au vu des éléments médicaux objectivables. Des aspects psychologiques [jouaient] très vraisemblablement un rôle dans la poursuite de cette incapacité ». S'agissant de la symptomatologie psychique, elle n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré. En effet, d'une part, ce dernier devait au mieux être classé dans les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents bénins et d'autre part, aucun des critères jurisprudentiels n'était rempli.![endif]>![if> 50. Le 20 octobre 2014, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition précitée de la SUVA (cause A/3214/2014), concluant en substance à l'admission du recours et à l'annulation de la décision sur opposition du 17 septembre 2014 et cela fait, à la constatation qu'il ne disposait pas, à compter du 1^{er} mai 2014, d'une pleine capacité de travail dans ses activités professionnelles, ce qui avait pour conséquence la condamnation de la SUVA au versement de l'indemnité journalière au-delà du 30 avril 2014. Subsidiairement, le recourant concluait au renvoi de la cause à la SUVA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.![endif]>![if> À l'appui de son recours, l'assuré a invoqué les mêmes arguments que ceux soulevés dans son recours contre la décision de l'OAI et produit les mêmes pièces. 51. Un délai au 1^{er} octobre 2014 a été imparti à l'assuré pour compléter le recours du 8 septembre 2014. À sa demande, ce délai a été prolongé aux 24 octobre puis au 17 novembre 2014, étant donné qu'il demeurait dans l'attente d'un certificat circonstancié, établi par le Dr I_____, se prononçant sur l'évolution de son état de santé ces derniers mois ainsi que sur les causes de cette évolution.![endif]>![if> 52. Par courrier du 28 novembre 2014, le recourant a informé la chambre des assurances sociales qu'il n'entendait en fin de compte pas compléter son recours et renonçait à produire la pièce nouvelle envisagée. ![endif]>![if> 53. L'intimé a répondu en date du 5 janvier 2015, concluant au rejet du recours du 8 septembre 2014 et à la confirmation de la décision attaquée. À l'appui de sa position, l'office considérait avoir correctement apprécié les rapports médicaux au dossier, émanant d'ailleurs des médecins traitants du recourant, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'examiner plus avant l'aspect médical. L'évaluation du SMR était corroborée par celle des médecins d'arrondissement de la SUVA. Par ailleurs, quand bien même un délai, au demeurant prolongé plusieurs fois, avait été accordé au recourant pour produire un certificat médical circonstancié du Dr I_____, celui-ci n'a jamais été produit. Le recourant n'avait ainsi fourni aucun élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation médicale du dossier. La notion d'invalidité était en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. Or, la SUVA avait mis un terme au versement des indemnités journalières compte tenu d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.![endif]>![if> 54. Un délai au 2 février 2015 pour déposer une réplique a été imparti à l'assuré. À sa demande, ce délai a été prolongé aux 27 février puis au 31 mars 2015.![endif]>![if> 55. Le délai au 31 mars 2015 ayant expiré sans avoir été utilisé, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 56. Par arrêt du 3 novembre 2015 (ATAS/824/2015), la chambre de céans a rejeté le recours introduit contre la décision sur opposition de la SUVA du 17 septembre 2014 et confirmé cette dernière, considérant, d'une part, que l'ensemble des pièces médicales du dossier allaient dans le sens des conclusions prises par le Dr K_____ et, d'autre part, que le trouble de l'adaptation, diagnostiqué par le Dr J_____, n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré.![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), 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. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une invalidité.

6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Une incapacité de gain n'est présumée qu'après que l'assuré s'est soumis aux mesures de réadaptation professionnelles indiquées et aux mesures médicales de réadaptation raisonnablement exigibles, telles que médication, opérations, psychothérapie, ergothérapie ou physiothérapie (ch. 1018.1 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]). Par ailleurs, si l'assuré est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une

perte de gain importante, il n'est pas réputé invalide au sens de la loi (ch. 1021 CIAI). b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

c. Selon l'art. 29 ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

d. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

e. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Un rapport d'un service médical régional de l'AI au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012

consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 8. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). 9. a. Dans la mesure où l'intimé a, dans un premier temps, justifié sa décision de refus en considérant que le recourant ne remplissait pas la condition de l'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable (délai d'attente), il y a lieu d'examiner ce point en premier lieu. Le recourant a été blessé le 10 décembre 2010 et a, depuis lors, présenté les périodes d'incapacité de travail suivantes : Incapacités de travail J_____ Régie
11.12.2010 - 20.03.2011 100% 100% 21.03.2011 – 16.11.2011 0% 0% 17.11.2011 –
05.02.2012 100% 100% 06.02.2012 – 07.05.2012 50% 100% 08.05.2012 – 08.10.2012 50%
0% 09.10.2012 – 14.11.2012 50% 50% 15.11.2012 – 04.03.2013 100% 100% 05.03.2013 –

07.04.2013 100% 100% 08.04.2013 – 04.07.2013 0% 0% 05.07.2013 – 10.09.2013 100% 100% 11.09.2013 – 31.10.2013 50% 100% 01.11.2013 – 30.11.2013 100% 100% 01.12.2013 – 26.02.2014 50% 100% 27.02.2014 – 06.04.2014 100% 100% 07.04.2014 – 30.04.2014 50% 100% 01.05.2014 – 31.05.2014 100% 100%

Un premier délai d'attente d'un an a donc commencé à courir le jour de l'accident avant d'être interrompu le 21 mars 2011 avec la reprise des deux activités professionnelles. Un deuxième délai a commencé le 17 novembre 2011, date à partir de laquelle le recourant a subi de nouvelles périodes d'incapacités de travail. Au vu de l'importance desdites incapacités, lesquelles ont oscillé entre 50 et 100%, il doit être admis qu'en date du 17 novembre 2012, le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable. Par conséquent, contrairement à ce qui a été indiqué dans la décision querellée, la condition de l'expiration du délai d'attente d'un an est réalisée dès le 17 novembre 2012, de sorte qu'il appartenait à l'OAI d'examiner si le recourant présentait dès cette date une invalidité d'au moins 40%, susceptible de lui donner droit à une rente.

b. Comme indiqué précédemment, en cas d'incapacité de travail dans sa profession, le taux d'invalidité se détermine notamment en comparant le revenu sans invalidité avec le revenu que l'assuré pourrait obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible (activité adaptée). Selon les pièces du dossier, pour la période postérieure du 17 novembre 2012 au 7 avril 2013, les médecins du recourant ont attesté d'une incapacité de travail dans les activités de nettoyeur oscillant entre 50 et 100%, le recourant étant à nouveau capable de travailler à 100% dès le 8 avril 2013 (voir rapport du Dr H_____ du 2 septembre 2013). Dès le 4 juillet 2013, il était à nouveau incapable de travailler. Cette nouvelle incapacité de travail a été attestée par le Dr I_____, médecin traitant du recourant, qui a toutefois considéré, dans ses rapports des 4 novembre 2013 et 3 avril 2014, que son patient était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. S'il est, par conséquent, possible de déterminer l'invalidité du recourant dès le mois de novembre 2014 en comparant le revenu sans invalidité avec celui que le recourant pourrait obtenir dans une activité adaptée, exigible selon le médecin traitant, le dossier ne contient aucune appréciation concernant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée pour les périodes du 17 novembre 2012 au 7 avril 2013 puis du 4 juillet 2013 au 31 octobre 2013. Il n'est ainsi pas possible de déterminer le taux d'invalidité du recourant antérieurement au mois de novembre 2013.

c. Par ailleurs, selon le Dr I_____, dès la fin de l'année 2013, le recourant a présenté des troubles psychiques lesquels sont venus s'ajouter à l'atteinte au pied. Dans son rapport du 25 février 2014, le Dr J_____, médecin d'arrondissement de la SUVA a examiné le recourant et a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.2). Contrairement à ce que le Dr L_____, médecin auprès du SMR, a retenu dans son avis du 13 mai 2014, le médecin d'arrondissement précité ne s'est pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail due au trouble diagnostiqué mais uniquement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement accidentel et l'atteinte psychique. Quand bien même un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive n'entraîne en général pas d'incapacité de travail de longue durée (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_571/2011 du 25 juin 2012), le dossier soumis à la chambre de céans ne contient aucune indication quant à l'intensité dudit trouble et à ses effets sur la capacité de travail du recourant.

d. Dans ces circonstances, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière sommaire par l'intimé. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, il ne contient aucune appréciation médicale sur la capacité de travail dans une activité adaptée pour la période du 17 novembre

2012 au 7 avril 2013 ni pour celle du 4 juillet au 31 octobre 2013. En outre, l'intimé n'a pas instruit les effets du trouble de l'adaptation diagnostiqué par le Dr J_____ sur la capacité de travail du recourant. En réalité, l'intimé a simplement fait siennes les conclusions de la SUVA lorsque celle-ci a mis un terme à ses prestations par décision du 30 avril 2014 (voir dans ce sens la réplique de l'OAI), considérant que les notions d'invalidité sont identiques en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Or, dans sa décision du 30 avril 2014, la SUVA s'est prononcée en ce qui concernait les seuls troubles organiques liés à l'accident et a considéré, dans ce contexte, qu'une activité professionnelle était exigible. S'agissant des autres troubles mentionnés par le recourant, ils ne pouvaient s'expliquer, du point de vue organique, comme étant les séquelles de l'accident et les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec celui-ci. La SUVA ne s'est ainsi jamais prononcée sur les effets du trouble de l'adaptation sur la capacité de travail ni sur ceux d'un trouble psychique. À cela s'ajoute le fait que la SUVA s'est prononcée sur la situation en date du 30 avril 2014 et non sur son évolution depuis l'accident, l'incapacité de travail ayant été admise dès lors que des indemnités journalières ont été versées. L'OAI ne pouvait donc s'épargner une instruction médicale s'agissant notamment de l'évolution de l'atteinte depuis le 17 novembre 2012. Afin de pouvoir statuer en toute connaissance de cause, il appartenait à l'intimé de requérir les informations manquantes concernant la capacité de travail dans une activité adaptée et le trouble de l'adaptation en interpellant les médecins traitants ou au besoin en ordonnant une expertise, ce qui n'a pas été fait. Au vu de ce qui précède, force est de retenir que l'OAI a constaté les faits de manière sommaire. Partant, il y a lieu de lui renvoyer le dossier, à charge pour celui-ci de procéder aux mesures d'instruction nécessaires avant d'effectuer le calcul du taux d'invalidité.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 4 juillet 2014 sera annulée. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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]).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision du 4 juillet 2014 et renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.

5. Alloue à Monsieur A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.

6. 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.

La greffière Sylvie SCHNEWLIN Le président Raphaël MARTIN 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.