

# GE\_GERICHTE A/2839/2016 vom 18. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2839\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2839_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/2839/2016 du 18 avril 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2839/2016 del 18 aprile 2017

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES 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 \_\_\_\_\_ 1961, ressortissant portugais, marié, père de deux enfants nés respectivement en 1991 et 2003, est arrivé en Suisse le 1 er mai 2005. Il est au bénéfice d'un permis C depuis le 14 mai 2010 (cf. extrait Calvin de l'office cantonal genevois de la population). Sans formation professionnelle, il travaillait dans son pays d'origine dans la menuiserie. Le 2 mai 2005, il a été engagé à plein temps au restaurant B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur), dans le canton de Genève, en qualité de garçon d'office. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). 2. Le 18 février 2009, alors qu'il rentrait du travail à pied, il a été agressé par deux individus aux alentours du parc des Bastions. Dans sa fuite, il a sauté du haut d'un mur de trois mètres (cf. rapport médical initial LAA du 22 juin 2009, rapport d'inspecteur du 13 octobre 2009) et, ce faisant, a subi une fracture ouverte Gustilo II à la jambe droite, une fracture à la jambe gauche ainsi qu'une fracture du calcanéum gauche (cf. compte-rendu opératoire des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG] du 18 février 2009). La SUVA a pris en charge les conséquences de cet accident. 3. Le jour même, les premiers soins en urgence ont été prodigués aux HUG, où l'assuré a subi un parage de la plaie pré-tibiale de la jambe droite ainsi qu'une stabilisation de la fracture par un fixateur externe Hoffmann II (cf. compte-rendu opératoire du 18 février 2009). 4. Le 9 mars 2009, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une fracture du pilon tibial droit et de la diaphyse de la jambe droite ainsi qu'une fracture du calcanéum gauche et de la cheville gauche. Le médecin a pratiqué une ostéosynthèse du pilon tibial et de la diaphyse tibiale (cf. compte-rendu opératoire des HUG du 9 mars 2009). 5. Le 12 mars 2009, l'assuré a bénéficié d'une ostéosynthèse de la cheville gauche et du calcanéum gauche (cf. compte-rendu opératoire des HUG du 12 mars 2009). 6. Du 18 février 2009 au 23 mars 2009, l'assuré a séjourné au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. Il se plaignait de douleurs avec impotence fonctionnelle des deux jambes. L'examen clinique a mis en évidence une jambe droite déformée avec une plaie pré-tibiale à la jonction tiers moyen-tiers distal. La cheville gauche était également déformée avec un gros hématome au talon. L'assuré se déplaçait de manière autonome en fauteuil roulant. Les contrôles radiologiques post-opératoires étaient satisfaisants. Le 23 mars 2009, il a été transféré pour la suite de prise en charge à Beau-Séjour (cf. rapport d'hospitalisation des HUG du 24 mars 2009). 7.

Au terme de son séjour du 23 mars au 20 avril 2009 dans l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique, l'assuré présentait des amplitudes articulaires normales au niveau de la hanche et des genoux ainsi qu'une mobilisation en extension/flexion à 0°/0°/25° de la cheville gauche et 0°/0°/15° de la cheville droite. Il était appareillé par des attelles jambières postérieures afin d'éviter une position vicieuse en équin au niveau des pieds. Il effectuait les transferts de toutes les modalités de façon autonome, y compris en voiture à l'aide d'une planche. Un retour à domicile était possible à l'aide de divers moyens auxiliaires (fauteuil roulant manuel de localisation, planche de bain, réhausse WC et urinal, barre murale aux toilettes). Il était autonome pour la toilette, l'habillage et la gestion des médicaments. La capacité de travail était nulle pendant trois mois post-opératoire (cf. rapport des HUG du 25 mars 2009). [endif]>[if> 8. Dans son rapport du 7 septembre 2009, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a relevé des douleurs au niveau du cou de pied droit (bien contrôlées par du Paracétamol) et des douleurs à la face intérieure du talon gauche. La flexion dorsale – flexion plantaire de la cheville droite était de 5°/0°/10° en actif et en passif, tandis que la flexion dorsale – flexion plantaire de la cheville gauche était de 5°/0°/20° en actif et en passif. L'assuré présentait un enraidissement majeur de l'articulation sous-talienne gauche et un enraidissement de degré moindre de l'articulation sous-talienne droite. Il suivait des séances de physiothérapie deux fois par semaine ainsi qu'une rééducation à la marche sans canne. Il était encore trop tôt pour se prononcer sur la durée probable du traitement. Le médecin a attesté une incapacité totale de travail du 15 mai au 24 août 2009, à réévaluer. Un préjudice permanent était à craindre, soit des douleurs mécaniques des deux chevilles et des deux pieds. [endif]>[if> 9. Le 9 octobre 2009, l'assuré a eu un entretien à son domicile avec une inspectrice de la SUVA. Il a déclaré, à cette occasion, ressentir encore des douleurs très violentes lorsqu'il essayait de se lever ou de marcher. Le pied gauche restait enflé. Il avait encore des plaques dans les deux jambes, ce qui le gênait. Il manquait de mobilité. Il se déplaçait au moyen des deux cannes anglaises. L'inspectrice a indiqué qu'il convenait d'attendre une année au minimum depuis l'accident pour évaluer l'évolution de son état de santé. Actuellement, une reprise de travail même partielle était impossible (cf. rapport d'inspecteur du 13 octobre 2009). [endif]>[if> 10. Le 6 novembre 2009, la SUVA a adressé à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce concernant l'assuré. [endif]>[if> 11. Dans le cadre de la détection précoce, un entretien d'évaluation a eu lieu le 25 novembre 2009. Selon le procès-verbal y relatif, l'assuré ne pliait pas les jambes, ses genoux lâchaient. Il marchait encore avec des béquilles. Le traitement consistait, outre la physiothérapie, la piscine et le fitness, en la prise d'antidouleurs. L'assuré a déclaré avoir eu une hernie discale auparavant, et avait à nouveau mal depuis l'accident. Son activité habituelle de garçon d'office nécessitait d'être continuellement debout, de porter des charges, et de monter et descendre les escaliers. Il souhaitait pouvoir continuer cette activité-ci, mais une reprise était difficile au vu de l'évolution de son état. [endif]>[if> 12. Le 6 janvier 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI. [endif]>[if> 13. Dans son rapport du 3 février 2010, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a mentionné que l'assuré était à quasiment une année de son accident. L'évolution était plutôt favorable, tant sur le plan radiologique que clinique. Il persistait cependant une importante boiterie liée à une appréhension et à une insuffisance musculaire des quadriceps et des moyens fessiers des deux côtés. Il utilisait encore une canne. L'examen clinique avait mis en évidence une récupération quasi complète des amplitudes articulaires au niveau de

l'articulation tibio-astragaliennne. Un certain degré d'enraidissement de la sous-astragaliennne persistait. L'assuré suivait actuellement des séances de physiothérapie intensive à Beau-Séjour pour un réentraînement à la marche sur tapis roulant ainsi qu'un programme de renforcement spécifique des membres inférieurs. Quant au pronostic, le médecin a indiqué qu'à long terme, l'assuré remarcherait probablement sans canne. Il était indéniable qu'il garderait des séquelles au niveau de ses deux chevilles en raison des deux fractures intra-articulaires. Le risque d'arthrose post-traumatique était relativement important. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident à ce jour. L'activité habituelle d'aide en cuisine n'était plus exigible, au vu de la nature de cette activité en position exclusivement debout avec des déplacements fréquents et des ports de charges lourdes (20 à 30 kg). [endif]>[if> 14. Dans un questionnaire du 15 février 2010, l'employeur a mentionné que l'assuré effectuait quarante-deux heures et demie de travail hebdomadaires. Il percevait depuis le 1 er janvier 2008 un salaire mensuel brut de CHF 3'500.-, versé treize fois l'an. [endif]>[if> 15. Lors d'un entretien avec l'OAI le 23 février 2010, l'assuré a déclaré qu'il souhaitait pouvoir bénéficier d'un soutien afin de trouver une activité en position assise. Il désirait retravailler, mais ignorait dans quel domaine, au vu de l'absence de formation certifiée et de la faible connaissance de la langue française Il éprouvait encore des douleurs, et avait peu de force. Il marchait sans cannes, en boitant (cf. rapport d'évaluation du 23 février 2010). [endif]>[if> 16. Par communication du 19 avril 2010, l'OAI a accordé à l'assuré un cours de formation et pris en charge les frais pour la mesure d'observation/orientation auprès de la fondation PRO du 19 avril au 18 mai 2010 pour un montant de CHF 3'200.- en vue de l'exercice d'une activité adaptée. [endif]>[if> 17. Mandaté par la SUVA pour une expertise, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, après avoir examiné l'assuré, établi son rapport le 26 avril 2010. L'assuré marchait avec une canne anglaise car il avait des lâchages persistants du genou droit, dont l'origine n'avait pas pu encore être élucidée. Il continuait la physiothérapie une fois par semaine, ce qui permettrait une amélioration de son état de santé dans les prochains mois. Selon l'expert, la situation n'était pas encore stabilisée et des séquelles persisteraient. Il était peu probable que la mobilité de l'articulation sous-astragaliennne à gauche s'améliorerait à l'avenir. Au vu des lésions importantes, le pronostic d'une capacité de travail dans une profession exercée principalement en position debout avec de multiples déplacements et des ports de charges n'était pas bon. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était définitivement totale. L'activité adaptée devrait se dérouler principalement en position assise. [endif]>[if> 18. Dans son rapport du 5 mai 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a noté que l'évolution était globalement favorable. Quelques douleurs au niveau antérieur de la cheville droite persistaient. Le périmètre de marche était de quarante-cinq minutes, avec une canne notamment pour la montée et la descente des escaliers. L'examen clinique objectivait des mobilités quasi complètes au niveau des deux articulations tibio-taliennes et le bilan radiologique mettait en évidence une bonne consolidation des fractures subies. L'assuré poursuivait sa rééducation. Il était encore trop tôt pour évoquer une réadaptation professionnelle au vu de la complexité des deux fractures et de l'évolution à peine à une année. [endif]>[if> 19. Par courriel du 6 mai 2010, la fondation PRO a informé l'OAI que l'assuré avait présenté six jours d'absence depuis le début du stage et la situation ne s'améliorait pas ; il était dans l'incapacité de travailler à plein temps et serait sous certificat à 50% dès ce jour. En dépit de ses gros efforts et de sa grande motivation, l'assuré était dans une très grande fragilité émotionnelle. [endif]>[if> 20. Dans une note du 14 mai 2010, l'OAI a mentionné que

les faiblesses linguistiques risquaient d'être un obstacle quant à l'employabilité de l'assuré. !endif]>![if> 21. Par communication du 18 juin 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré un cours de formation et pris en charge les frais du cours intensif de français du 22 juin au 19 juillet 2010 auprès de Inforco SA pour un montant de CHF 1'344.- en vue de l'exercice d'une activité adaptée. Cette mesure a été prolongée du 21 septembre au 18 octobre 2010 (cf. communication de l'OAI du 17 septembre 2010). !endif]>![if> 22. Dans son rapport du 22 juin 2010, la fondation PRO a écrit que l'assuré avait effectué son stage au département « industrie services » à plein temps pendant dix jours, puis à temps partiel pendant les dix jours restants, durant lesquels il s'occupait du montage de petits interrupteurs, du découpage de gaines et de l'assemblage de connections électriques. Les objectifs du stage (qui consistaient à évaluer ses compétences/capacités afin de cibler des orientations professionnelles réalistes, à organiser/envisager des stages courts en entreprise et à réaliser la mesure à 100%) n'avaient pas été atteints, en raison de ses nombreuses absences, de sa très grande fatigabilité et des douleurs permanentes. !endif]>![if> 23. Le 1<sup>er</sup> octobre 2010, la SUVA a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé. Une intervention chirurgicale allait prochainement avoir lieu pour enlever les plaques, ce qui nécessiterait par la suite une brève rééducation. Au vu de ces circonstances, l'OAI a mis un terme au mandat d'intervention précoce (IP) qui avait été prolongé (cf. note de clôture IP du 1<sup>er</sup> octobre 2010). !endif]>![if> 24. Par communication du 5 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de son état de santé. !endif]>![if> 25. Dans son rapport du 10 mai 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a noté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Les diagnostics n'avaient pas changé. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Le médecin ne s'est pas prononcé quant à l'exigibilité dans une activité adaptée. Une reprise du travail n'était toutefois actuellement pas envisageable en raison des douleurs intenses. !endif]>![if> 26. Lors d'un entretien avec la SUVA au domicile de l'assuré le 7 juillet 2011, l'inspectrice a constaté que le pied droit était encore enflé par rapport au pied gauche. Il marchait avec une canne, et boitait. Assis, il supportait les douleurs sans aucun problème. Il se plaignait des plaques qui touchaient les tendons et provoquaient des douleurs. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse des deux chevilles était prévue le 1<sup>er</sup> septembre 2011. La capacité de travail, nulle actuellement, devait être réévaluée après cette opération (cf. rapport d'entretien du 15 juillet 2011). !endif]>![if> 27. Dans son rapport du 12 octobre 2011, soit six semaines après l'intervention chirurgicale, le Dr E\_\_\_\_\_ a noté qu'une plaque avait été laissée en postérieur à droite. L'assuré n'avait plus de douleurs au repos. À domicile, il se déplaçait sans canne, alors qu'à l'extérieur il avait besoin de ses deux cannes anglaises pour marcher. À l'examen clinique, l'assuré marchait avec une boiterie antalgique de décharge du membre inférieur droit ainsi qu'une discrète boiterie de Duchenne sur insuffisance des deux moyens fessiers. Le médecin a proposé des séances de physiothérapie dans le but de récupérer des amplitudes articulaires. !endif]>![if> 28. Par courrier du 18 novembre 2011, conformément à l'avis du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), l'OAI a demandé au Dr E\_\_\_\_\_ d'indiquer quelles étaient les limitations fonctionnelles actuelles observées, la date à compter de laquelle l'assuré était réadaptable et la capacité de travail dans une activité adaptée. !endif]>![if> 29. Mandaté par la SUVA pour une nouvelle expertise, le Dr F\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 13 février 2012, qui a déclaré ressentir des douleurs en charge. À droite, la douleur était antérieure, tandis qu'à gauche, elle était située au niveau du talon. Il manquait de force dans les jambes pour monter les escaliers. Il marchait avec une canne pour l'équilibre. Il avait une hernie

discale depuis l'âge de 25 ans, qualifiée de non grave par les médecins au Portugal, de sorte qu'une opération n'avait pas été jugée nécessaire. Il avait un peu mal au dos en raison de ses difficultés à marcher. [endif]>[if> Dans son rapport du 20 février 2012, l'expert a relevé une réduction fonctionnelle des deux chevilles et des deux pieds avec un déficit important de marche. Les phénomènes de lâchage du genou droit n'avaient toujours pas été élucidés. La situation n'avait pas évolué et pouvait donc être considérée comme stabilisée. Les mesures médicales pouvant apporter une amélioration significative n'existant pas, il était possible de mettre fin au traitement de physiothérapie. Une activité professionnelle ne pourrait se dérouler qu'en position principalement assise avec des possibilités assez libres de changer de position et de se déplacer brièvement. Appelé à juger la capacité de travail dans divers postes de travail adaptés cités à titre d'exemples, le médecin a répondu que ces derniers étaient inexigibles, soit en raison d'une incapacité sur le plan physique, soit en raison d'une absence de formation professionnelle. L'atteinte à l'intégrité physique était évaluée à 25% (12.5% pour chaque côté). En pondération positive en raison de la bilatéralité, elle était de 30%. 30. Dans son rapport du 2 mars 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Le pronostic était défavorable. La marche, au moyen de deux cannes anglaises, était très limitée. Alors que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, elle était jugée entre 80% et 100% dans une activité adaptée, en position assise, en limitant au maximum les déplacements (cf. également courrier du praticien du 15 février 2012). [endif]>[if> 31. Par courrier du 12 novembre 2012, la SUVA a informé l'assuré qu'elle avait désigné le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en vue d'une expertise. [endif]>[if> 32. Dans son avis du 16 novembre 2012, le SMR a proposé de mettre en œuvre une expertise orthopédique auprès de la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée.[endif]>[if> 33. Par courrier du 12 décembre 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il se joignait à l'expertise mandatée par la SUVA. Il a transmis à celui-ci la liste des questions destinées à l'expert, lequel était appelé à spécifier l'évolution de l'incapacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et à indiquer depuis quand et à quel taux (sur un 100%) l'assuré aurait pu exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a invité l'assuré à lui faire parvenir les éventuelles questions complémentaires dans le délai imparti. [endif]>[if> 34. Par courrier du 2 janvier 2013, l'OAI a adressé ses questions à l'expert. [endif]>[if> 35. Le 5 février 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré, qui a déclaré qu'il était en mesure de marcher sans cannes à la maison, mais qu'il utilisait une canne à l'extérieur pour des déplacements entre 500m et 1km au maximum ; les douleurs dans les deux chevilles l'obligeaient à s'arrêter. Il se plaignait d'une perte de force dans la jambe droite, avec des phénomènes de lâchages lorsqu'il était en charge. Il ne suivait aucun traitement, hormis la prise de Dafalgan le jour et de Targin le soir. Il ne portait pas ses souliers orthopédiques, les trouvant trop raides, ce qui le gênait sous le pied. [endif]>[if> Dans son rapport du 22 février 2013, qui repose sur l'anamnèse, le dossier et l'examen clinique, l'expert a mentionné que l'assuré s'était tenu assis sur son siège durant tout l'entretien sans manifester aucun inconfort lombaire. La musculature du rachis et les ceintures scapulaires étaient bien développées symétriquement. Le rachis était indolore à la palpation et à la percussion. La mobilité du rachis était normale. L'assuré présentait une amyotrophie modérée de la cuisse et du mollet droit par rapport à gauche. Concernant la mobilité des chevilles et des pieds, les articulations tibio-tarsiennes étaient à 30-0-5 des

deux côtés en actif et en passif. L'articulation sous-astragalienne gauche était totalement bloquée, tandis qu'à droite, la mobilité était à 15-0-20. La mobilité des médio-pieds et des avant-pieds en actif et en passif était normale, le gros orteil bougeait à 15-0-45 des deux côtés. La marche, sans cannes, s'effectuait à petit pas, sans aucune phase de propulsion. Un passage du pas en flexum du genou gauche d'environ 10° persistait malgré l'absence de dorsiflexion du pied gauche. La marche avec une canne, soit à gauche, soit à droite, était un peu plus rapide, un petit peu plus harmonieuse. La montée sur la balance ou sur le podoscope était possible, mais avec difficulté. L'expert a relevé qu'après les aléas habituels de consolidation osseuse, malgré une physiothérapie adéquate à sec, en piscine et une poursuite de la rééducation jusqu'à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, effectuée dans les délais habituels, il existait une raideur des deux chevilles, particulièrement une articulation sous-astragalienne gauche bloquée ainsi qu'une restriction de la mobilité de la tibio-tarsienne. La dorsiflexion des deux chevilles, limitée à 0 des deux côtés, gênait le passage du pas. La bilatéralité augmentait la gêne fonctionnelle, notamment à gauche, ce qui empêchait une adaptation du pied au sol. Il s'agissait d'une arthrose débutante de l'articulation tibio-astragalienne droite. Le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une ankylose douloureuse de la cheville droite sur arthrose tibio-astragalienne droite, une ankylose douloureuse plus modérée de la tibio-tarsienne gauche sur arthrose débutante et une ankylose massive douloureuse de l'articulation sous-astragalienne gauche. Le cas était stabilisé. Une rééducation physiothérapeutique n'avait plus de sens. L'expert a fixé l'atteinte à l'intégrité corporelle à 30%. Concernant la capacité de travail, la bilatéralité des lésions rendait impossible, de façon définitive, toute activité debout, même occasionnelle. Compte tenu de l'absence de lésions aux hanches, au bassin, au rachis ou aux membres supérieurs, dans une activité en position assise, utilisant les membres supérieurs, la capacité de travail était totale, avec un rendement de 80% en raison des restrictions liées aux difficultés de déplacements pour se rendre à son travail et à l'intérieur de celui-ci. 36. Invité par l'OAI à répondre aux questions communiquées le 2 janvier 2013, par courrier du 17 avril 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que, depuis le 18 février 2009, la capacité de travail de l'assuré, dans une activité dans la restauration, était nulle, de façon définitive. Le cas était définitivement stabilisé en février 2012, date à compter de laquelle la capacité de travail dans une activité adaptée était devenue possible, en position strictement assise, c'est-à-dire ne nécessitant aucune activité avec les jambes. Dans cette hypothèse, sa capacité de travail était totale, avec un rendement de 80% (soit quatre jours de travail sur cinq avec un rendement de 100%). [endif]>[if> 37. Par décision du 1 er mai 2013, la SUVA, se basant sur ledit rapport d'expertise, a mis un terme au paiement des indemnités journalières au 1 er juillet 2013. La SUVA a retenu un revenu annuel de valide (sans l'accident) de CHF 45'500.- (soit le salaire annuel confirmé par téléphone par l'employeur pour l'année 2013). Elle a arrêté le revenu d'invalidé (après l'accident) à CHF 41'992.55 (correspondant au salaire ressortant de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires [ci-après : ESS] 2010, réactualisé en 2013, soit CHF 58'323.- [pour une activité à plein temps], montant auquel ont été retranchés la baisse de rendement et un abattement de 10%). Par une comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 8%, taux inférieur à 10%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité LAA. [endif]>[if> Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce poste avait fait l'objet d'une décision séparée le 7 mars 2012 (non versée dans le dossier). 38. Par avis du 18 juin 2013, le SMR a fait siennes les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_. [endif]>[if> 39. Par décision du 16 octobre 2013, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 10 juillet 2013, non contesté par

l'assuré. Se fondant sur l'avis du SMR précité, l'OAI a considéré qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit au 18 février 2010, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité, lui ouvrant le droit à une rente entière. Dès le 1<sup>er</sup> février 2012, sa capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À ce moment-là, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de CHF 47'588.- (soit un revenu annuel de CHF 45'500.- selon les données communiquées par l'employeur le 15 février 2010, réactualisé en 2012). L'OAI a arrêté le revenu annuel avec invalidité à CHF 44'796.- (ce qui correspondait au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 4 [simple et répétitive, sans formation professionnelle], tous secteurs confondus [total] selon l'ESS 2010, tableau TA1, indexé en 2012, réduction de 20% [en raison de la baisse de rendement] et abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles et de l'âge). Par une comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 6% à partir du 1<sup>er</sup> mai 2012, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ainsi qu'au reclassement professionnel. Ainsi, la rente entière, allouée du 1<sup>er</sup> juillet 2010 [compte tenu du dépôt tardif de la demande le 6 janvier 2010] au 30 avril 2012, était supprimée dès le 1<sup>er</sup> mai 2012. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision. 40. Le 16 septembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant être en traitement auprès du Dr I\_\_\_\_\_ en raison de son accident de février 2009, ayant causé la fracture de ses jambes, et depuis le 7 septembre 2015, auprès des docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, et H\_\_\_\_\_ spécialiste FMH en médecine interne générale, pour une affection au dos. Il a également mentionné qu'il bénéficiait de prestations cantonales en cas de maladie (ci-après : PCM) et qu'il avait touché des prestations de l'assurance-chômage du 1<sup>er</sup> juin au 13 novembre 2014. 41. Dans son rapport du 5 octobre 2015, la Dre H\_\_\_\_\_ a noté qu'elle suivait l'assuré, qui venait aux consultations avec une canne, depuis avril 2011. À l'anamnèse, il souffrait de lombalgies récurrentes depuis vingt-cinq ans environ avec notion d'hernies discales. Dès novembre 2014, il s'était plaint d'une exacerbation importante de ses lombalgies, essentiellement la journée. Il avait notamment consulté le Dr J\_\_\_\_\_ qui avait pratiqué une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire, mettant en évidence un canal lombaire étroit mixte, avec de l'arthrose et des discopathies protrusives, sans signe de compression radiculaire. Ce médecin avait proposé de la physiothérapie en piscine et un traitement antalgique, sans efficacité. Le pronostic d'amélioration était défavorable. L'état de santé de l'assuré s'était péjoré en raison de ses douleurs lombaires, devenues constantes. Une reprise d'une activité professionnelle semblait impossible. 42. Dans son rapport du 5 novembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a noté que l'état de santé de l'assuré avait tendance à s'aggraver. Il n'y avait pas de changements dans les diagnostics. Le pronostic était réservé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide-cuisinier et entre 20% et 50% dans une activité adaptée, sédentaire. Le médecin a joint les rapports suivants établis entre avril 2014 et juillet 2015 : - le rapport du 2 avril 2014, faisant état d'une marche avec une importante boiterie antalgique. La cheville droite présentait une douleur élective à la palpation tibio-astragaliennne. Il n'y avait pas de douleur à la mobilisation de la sous-astragaliennne ; - le rapport du 16 avril 2014, relevant que l'IRM de la cheville droite montrait une arthrose tibio-astragaliennne. Une infiltration tibio-astragaliennne avait été effectuée. En cas d'échec, un avis chirurgical en vue d'une arthrodèse serait souhaitable ; - le rapport du 25 mai 2014, indiquant que l'infiltration tibio-astragaliennne droite avait été efficace. L'assuré, qui se déplaçait

toujours avec une canne, n'éprouvait plus les douleurs qu'il avait présentées avant l'infiltration. Il ressentait quelques douleurs localisées sur le jambier antérieur, d'origine musculaire. La même infiltration avait été effectuée à gauche ; !endif]>![if> - le rapport du 2 juillet 2014, relevant l'effet « miraculeux » de l'infiltration tant à droite qu'à gauche. L'assuré avait nettement moins de douleurs. Il marchait toujours avec une importante boiterie, avec insuffisance du moyen fessier à l'appui monopodal droit, sans moyen auxiliaire. La canne était utilisée de façon occasionnelle ; !endif]>![if> - le courrier du 10 novembre 2014 du Dr E\_\_\_\_\_ au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, aux termes duquel le premier adressait l'assuré au second pour une consultation, en raison d'une décompensation de lombalgies, probablement liée à une position assise prolongée. À l'examen clinique, l'assuré était relativement algique. Il y avait une raideur manifeste de sa colonne lombaire. Le status neurologique était dans la norme ; et !endif]>![if> - le rapport du 7 juillet 2015, mentionnant que l'assuré était très fâché contre le Dr I\_\_\_\_\_ ; il n'avait pas eu une prise en charge spécifique pour son dos. À l'examen clinique, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé une douleur à la palpation de l'interligne tibio-astragaliennne tant à droite qu'à gauche. Le médecin a effectué une infiltration à gauche, laquelle serait également pratiquée à droite trois semaines après. !endif]>![if> 43. L'extrait du compte individuel AVS de l'assuré du 5 novembre 2015 indique que celui-ci a travaillé auprès de son employeur et touché un revenu annuel de CHF 3'499.- en 2010, de CHF 4'899.- en 2011, de CHF 3'499.- en 2012, et de CHF 1'749.- en 2013 (activité limitée aux mois de janvier à juin). !endif]>![if> 44. Sur demande de l'OAI, le 5 novembre 2015, l'office régional de placement (ci-après : ORP) a informé ce dernier qu'un délai-cadre d'indemnisation avait été ouvert en faveur de l'assuré du 2 juin 2014 au 1 er juin 2016. L'assuré, qui recherchait une activité professionnelle à 100%, avait présenté une incapacité de travail totale depuis le 13 novembre 2014, de sorte que son dossier avait été pris en charge par les PCM. L'ORP a joint les certificats médicaux attestant les périodes d'incapacité de travail continues du 13 novembre 2014 au 31 juillet 2015. !endif]>![if> 45. Dans son rapport du 13 novembre 2015, la Dre H\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : un status après l'accident du 18 février 2009 et des lombalgies chroniques. À l'anamnèse, l'assuré éprouvait des douleurs chroniques depuis son accident au niveau des deux jambes, nécessitant l'utilisation d'une à deux cannes. Il souffrait également de lombalgies depuis plusieurs années, augmentées en 2014. L'IRM du 1 er septembre 2015 montrait un canal lombaire étroit sur arthrose étagée. Le pronostic était mauvais. La spécialiste a attesté une capacité de travail nulle dans toute activité. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail n'était pas envisageable ; l'assuré avait des difficultés pour rester longtemps dans la même position. Il devait changer de position (debout, assis, couché). !endif]>![if> 46. Dans son rapport du 20 novembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques dans le cadre d'un canal lombaire étroit, depuis plus de vingt ans, et de status après fractures du tibia droit, de la cheville gauche et du calcanéum gauche avec douleurs résiduelles prédominant au membre inférieur gauche depuis 2009. À titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, le spécialiste a retenu une hyperlipidémie traitée. Ce dernier avait vu l'assuré une seule fois, le 7 septembre 2015. Les lombalgies étaient présentes surtout en fin de journée, et disparaissaient au repos et la nuit. À l'examen, l'assuré marchait avec une canne à gauche. La démarche était instable. La mobilisation lombaire provoquait dès les premiers degrés de mobilisation d'intenses lombalgies avec blocage lombaire. L'assuré n'était pas en

mesure de se mettre debout sur les pointes des pieds ou les talons en raison de l'instabilité. Les apophyses épineuses lombaires L3 à S1 et la musculature para-lombaire étaient douloureuses à la palpation, sans nette contracture. Il présentait une diminution de la face externe du pied gauche. Le pronostic était mauvais. La capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle, paraissait envisageable à 50% dans une activité adaptée, par exemple dans un emploi de bureau, respectant les limitations fonctionnelles, soit éviter le port de charges lourdes (limité à 3-5 kg), les positions debout prolongées, les marches prolongées et les mouvements répétitifs de la colonne lombaire, les activités exercées sur un terrain irrégulier, en position accroupie, à genoux, l'utilisation d'une échelle, d'un échafaudage, la montée des escaliers. [endif]>[if> Le médecin a joint les documents suivants : - le courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2015 de la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, relatif à l'IRM de la colonne lombaire réalisée le jour même. La médecin a conclu à un rétrécissement modéré du canal rachidien lombaire sur une combinaison de critères osseux et dégénératifs avec une arthrose débutante des articulations interapophysaires postérieures et aggravé par les discopathies protrusives en L4/L5 et L5/S1, lesquelles présentaient un caractère plus focal à base d'implantation large au niveau postéro-médian et postéro-latéral des deux côtés, venant au contact de la portion récessale des racines L5 bilatéralement, sans signe de compression radiculaire. L'assuré présentait également un rétrécissement des trous de conjugaison L4/L5 des deux côtés et L5/S1 gauche ; et [endif]>[if> - son courrier du 8 septembre 2015, adressé à la Dre H\_\_\_\_\_, dans lequel le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré que le status après fractures était au premier plan. Le médecin avait l'impression que l'assuré souffrait de lombalgies communes, probablement aggravées par une marche peu harmonieuse et un déconditionnement physique à l'effort. La mobilité lombaire était impossible à évaluer ; l'assuré bloquait des mouvements par crainte de douleurs. L'anamnèse des fourmillements et d'engourdissement des membres inférieurs pouvait évoquer la possibilité d'une composante radiculaire sur le canal lombaire étroit relatif. Le spécialiste lui a proposé d'effectuer un électroneuromyogramme (ENMG) des membres inférieurs, qui pourrait montrer des répercussions de ce canal lombaire étroit sur des racines nerveuses lombo-sacrées. L'assuré avait toutefois peur que cet examen soit douloureux et préféra y renoncer pour le moment. [endif]>[if> 47. Dans son avis du 9 février 2016, au vu de la divergence entre les Drs J\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le SMR a proposé de mettre sur pied une évaluation rhumatologique spécialisée, afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'était durablement aggravé depuis 2013, le cas échéant, de préciser les atteintes, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. [endif]>[if> 48. Le 29 février 2016, l'assuré a été examiné, avec l'assistance d'un traducteur de langue portugaise, par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. [endif]>[if> Dans son rapport du 10 mars 2016, qui repose sur le dossier, l'anamnèse, et les plaintes de l'assuré, l'expert a noté que celui-ci se plaignait de lombalgies à la marche au-delà de trente à quarante-cinq minutes ou s'il restait assis au-delà de quarante-cinq minutes. Pendant l'entretien d'une heure trente minutes, l'assuré s'était levé une fois à la quarante-cinquième minute. Sinon, il restait assis, oscillant vers la gauche ou vers la droite. Il portait des baskets, sans semelles orthopédiques. Tous les déplacements dans la salle d'examen sans les cannes s'effectuaient avec une boiterie inconstante et une marche plus ou moins robotique, saccadée. Il gardait les deux genoux fléchis à environ 10° pour avancer à petits pas, plutôt sur l'avant-pied gauche. Avec les cannes, la marche était plus fluide et plus rapide. L'expert a observé peu de mobilité des chevilles. L'assuré ne

pouvait s'accroupir en raison des douleurs aux chevilles. Il fléchissait tout au plus les genoux à 30°. Il se relevait avec beaucoup d'efforts en s'appuyant sur les cuisses, ce qui était incohérent au vu de la force normale des quadriceps. Les chevilles présentaient un aspect symétrique. La palpation des interlignes tibio-astragaliennes était indolore. Il n'y avait aucun épanchement articulaire. La palpation de la pointe des malléoles était également indolore. Aucune tuméfaction ou douleur des tendons d'Achille n'était observée. Sur le podoscope, les voûtes plantaires étaient conservées, symétriques avec un discret valgus bilatéral de 10°. La palpation du fascia plantaire était indolore, de même que la mobilisation passive des orteils. La flexion dorsale-plantaire des chevilles était de 10-0-30° à droite pour 0-0-30° à gauche. Concernant le status ostéoarticulaire, l'expert a relevé que la musculature cervicale et les trapèzes étaient symétriques, indolores à la palpation. Lorsque l'expert a insisté pour que l'assuré se tienne bien droit dans la position du garde-à-vous (ancien militaire), l'extension des genoux était complète, les ceintures scapulaire et pelvienne étaient d'aplomb et aucun trouble statique dorsolombaire n'était constaté. Lors des mouvements dorsolombaires, l'assuré éprouvait des douleurs en fin de course à 40° d'inclinaison latérale et 30° de rotation axiale. La musculature paravertébrale était souple, indolore à la palpation. La percussion des apophyses épineuses lombaires basses était légèrement douloureuse, sans sursaut. Les tests effectués ne montraient pas de dysfonction sacro-iliaque, ni de douleur sacro-iliaque. La manœuvre du trépied provoquait une douleur lombosacrée et non pas sacro-iliaque. Cela étant, l'expert a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : à droite, une ankylose douloureuse de la cheville sur arthrose tibio-astragalienne, à gauche, une ankylose douloureuse plus modérée de la tibio-tarsienne sur arthrose débutante et une ankylose douloureuse de l'articulation sous-astragalienne après fracture du calcanéum ainsi que des lombalgies sans déficit neurologique, sans irritation radiculaire dans le contexte de discopathies pluri-étagées L2-S1 prédominant en L4-L5 et L5-S1, une arthrose facettaire pluri-étagée et un canal lombaire modérément étroit diagnostiqué sur l'IRM du 1<sup>er</sup> septembre 2015. Dans l'appréciation du cas, l'expert a mentionné que les douleurs aux pieds et aux chevilles à la marche s'inscrivaient dans le cadre d'un trouble dégénératif, notamment à droite et d'une raideur sous-talienne à gauche. L'apparition des lombalgies chroniques en barre remontait à l'âge de 25 ans. Elles avaient un caractère mécanique, obligeant l'assuré à ne pas rester debout ou assis plus de trente à quarante-cinq minutes sans mouvements. Même si l'IRM du 1<sup>er</sup> septembre 2015 montrait un canal lombaire étroit modéré sans franche compression radiculaire avec une queue-de-cheval bien entourée de liquide céphalo-rachidien, la symptomatologie lombaire était mise en partie sur le compte de ce canal lombaire étroit par le Dr J\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 septembre 2015. L'assuré décrivait une augmentation de ses lombalgies dans les suites du traumatisme de 2009 et notamment après la réduction du traitement antalgique des chevilles. L'assuré marchait à l'aide de deux cannes anglaises, à petits pas, en maintenant les genoux légèrement fléchis, en se dandinant, phénomène inconstant lorsqu'il marchait sans canne dans la salle d'examen ou lorsqu'il quittait le SMR, ce qui représentait une incohérence qui s'inscrivait dans le cadre d'un comportement démonstratif et d'invalidé depuis l'événement traumatique de février 2009. Il n'avait pas éprouvé de difficultés pour se dévêtir ou se rhabiller assis, activité effectuée avec une gestuelle fluide des membres supérieurs, sans épargne pour le rachis lombaire, puisqu'il se penchait en avant pour enlever le pantalon et les chaussures. L'examen neurologique n'avait montré aucun déficit sensitif aux quatre extrémités et notamment aux membres inférieurs ainsi qu'au tronc, ni un déficit moteur notamment aux membres inférieurs. La

seule anomalie objectivée était l'abolition du réflexe achilléen ddc (des deux côtés), élément observé par le Dr J\_\_\_\_\_ dans son rapport de 2015, mais qui n'avait pas été relevé par les orthopédistes ayant expertisé l'assuré et qui s'étaient contentés d'un examen purement orthopédique. En l'absence d'autres éléments déficitaires, il n'était pas possible de mettre avec certitude cette aréflexie achilléenne sur le compte d'un éventuel canal lombaire étroit ou d'une atteinte de la queue-de-cheval par un phénomène disco-dégénératif. Il n'y avait aucun élément irritatif lombo-crural ou lombosacré aux tests spécifiques. Les plaintes lombaires étaient localisées, sans irradiation et aucun élément n'expliquait la symptomatologie subjective d'endormissement (recte : engourdissement) et fourmillements antérieurs des cuisses, d'autant plus qu'aucune contrainte disco-radicaire dans la région lombaire haute n'avait été mise en évidence sur l'IRM lombaire du 1<sup>er</sup> septembre 2015. L'expert n'a pas jugé utile de procéder à une nouvelle IRM au vu de son examen clinique rassurant. L'examen de la colonne cervicale était normal. Les douleurs de la charnière lombosacrée pouvaient s'expliquer par l'arthrose postérieure et les discopathies lombaires inférieures décelées sur l'IRM de 2015. La mobilité des chevilles était certes limitée ddc, mais indolore aussi bien au niveau tibio-astragalien que sous-astragalien. L'appréciation des divers orthopédistes était cohérente par rapport à la problématique des séquelles post-traumatiques aux chevilles. Une partie de la symptomatologie faisait évoquer un probable canal lombaire étroit symptomatique qui n'avait pas été vérifié par un ENMG, comme l'avait proposé le Dr J\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 septembre 2015. Les plaintes subjectives ne sauraient confirmer à elles seules l'origine lombaire, puisque l'assuré alléguait l'apparition des symptômes après trente à quarante-cinq minutes en position assise, ce qui n'avait pas été le cas le jour de l'examen d'une heure et trente minutes, même s'il s'était levé deux-trois minutes pendant cette période. Ainsi, l'expert a noté une certaine incohérence entre les plaintes de l'assuré, son constat, le constat du Dr J\_\_\_\_\_ et l'IRM de 2015. Au niveau rachidien, la confrontation des données radiologiques et l'examen clinique ne mettaient pas en évidence de signes de gravité. L'état de son rachis actuel était compatible avec son âge et les activités contraignantes effectuées auparavant dans la menuiserie. La preuve d'un canal lombaire étroit symptomatique n'existait pas. Au vu de l'état actuel du rachis et du contexte manifestement psychologique, il n'y avait pas lieu d'adresser l'assuré à un neurochirurgien ni de lui proposer une chirurgie quelconque, sauf si de nouveaux éléments neurologiques déficitaires clairs se manifestaient à un examen neurologique spécialisé avec un ENMG. Les lombalgies étaient anciennes, d'évolution lente, probablement décompensées par la boiterie consécutive à l'accident de février 2009. Les trois signes décrits par Waddell et les deux signes décrits par Kummel, retrouvés lors des tests, corroborait avec le comportement démonstratif de l'assuré. L'expert pouvait concevoir des douleurs à la marche et une discrète boiterie, mais le maintien d'une flexion bilatérale des genoux à la marche ne s'expliquait pas, d'autant plus que l'assuré avait démontré sa capacité de tendre normalement ses genoux lorsque l'expert le lui avait demandé. Compte tenu de l'atteinte bilatérale des chevilles, l'expert a rejoint l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ quant à l'inexigibilité de l'activité dans la restauration ou dans toute autre activité s'effectuant en marchant, la diminution des capacités fonctionnelles étant en lien direct avec les séquelles traumatiques aux chevilles. L'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « chevilles : éviter toute activité debout ou en marchant, l'utilisation des escaliers, d'escabeau ou d'échafaudages, les activités accroupies ou sur une plateforme vibrante. Rachis lombaire : éviter les activités exclusivement debout, en position en porte-à-faux ou avec des mouvements répétés en flexion-extension ou rotation du tronc

même si assis, éviter l'utilisation d'escaliers, les positions accroupies ou à genoux, les déplacements sur terrain irrégulier ou glissant au-delà de 100m ». Ces limitations étaient compatibles avec une activité sédentaire, telle que préconisée par le Dr G\_\_\_\_\_, permettant à l'assuré de changer librement de position. Ainsi, selon l'expert, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 80% dès février 2013, soit depuis l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, date à compter de laquelle l'état de santé de l'assuré était stable. Cette exigibilité s'appliquait tant au problème des chevilles qu'au trouble lombaire ancien. Aucune aggravation ne permettait de justifier une diminution de la capacité de travail exigible, retenue par le Dr G\_\_\_\_\_. Enfin, l'assuré se disait être inapte à toute activité lucrative. Or, selon l'expert, si ce dernier avait demandé des prestations de l'assurance-chômage en 2013 déjà, sa réinsertion dans le marché du travail aurait été favorisée. 49. Par avis du 12 avril 2016, le SMR a constaté que les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, cohérentes et convaincantes, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter, étaient identiques à celles du Dr G\_\_\_\_\_, si bien que la capacité de travail de l'assuré était de 80% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. 50. Dans un projet de décision du 14 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Se fondant sur le rapport d'expertise du 10 mars 2016, dont les conclusions étaient identiques à celles du rapport d'expertise de février 2013, l'OAI a repris la comparaison des gains effectuée dans la décision du 16 octobre 2013. Ainsi, le taux d'invalidité de 6%, inférieur à 40%, ne donnait pas droit à une rente, ni à des mesures professionnelles sous forme de reclassement. 51. Par courrier du 13 mai 2016, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il a expliqué que ses problèmes de santé s'étaient aggravés. Inscrit au chômage en juin 2014, il avait commencé à suivre des cours de français, qu'il avait dû interrompre car il ne pouvait rester assis dans une même position pendant la durée du cours. Lorsqu'il se présentait auprès des employeurs, il était confronté à un refus catégorique en raison de son état de santé ; son handicap était visible, il ne pouvait pas marcher sans béquilles. Aucun emploi n'était compatible à son état actuel de santé malgré ses efforts et ceux de sa conseillère en personnel. Il n'avait aucune expérience dans un autre domaine d'activité et ne disposait d'aucune formation. 52. Par courrier du 18 mai 2016, l'OAI a imparti à l'assuré un délai au 27 mai 2016 pour apporter des documents, notamment des pièces médicales ou professionnelles, démontrant que l'appréciation de l'administration était erronée. 53. Par pli du 15 juin 2016, dans le délai prolongé à sa demande, l'assuré a, par l'entremise de son conseil, formé opposition au projet de décision. Son état de santé s'était empiré depuis plusieurs mois. L'OAI avait retenu, sans fournir d'explications, une capacité de gain de 80%, alors que dans son rapport du 20 novembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ avait évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%. L'OAI n'avait pas tenu compte des limitations fonctionnelles, ni d'une baisse de rendement, ni de l'abattement. L'expert mandaté par la SUVA à l'époque avait considéré que l'assuré aurait toute sa vie des séquelles, estimées entre 20% et 30%. En outre, l'OAI aurait dû se baser sur le revenu actuel en 2016, et non sur celui de 2013. Le revenu sans invalidité de CHF 47'588.- différait de celui appliqué par la SUVA de CHF 58'323.-. Enfin, l'OAI aurait dû tenir compte de la demande initiale déposée en 2009 ; celle de 2015 n'était qu'une demande complémentaire au vu de l'aggravation de son état, non stabilisé, de sorte qu'un projet de décision était prématuré. 54. Par décision du 28 juin 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision. L'appréciation du SMR, fondée sur l'examen du 29 février 2016, s'alignait sur celle du Dr G\_\_\_\_\_, de sorte que la capacité de travail de l'assuré était de 80% dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans sa

décision du 1<sup>er</sup> mai 2013, la SUVA faisait état d'un salaire sans invalidité de CHF 45'500.-. Si l'assurance-accident prévoyait une indemnité pour atteinte à l'intégrité, estimée en l'occurrence entre 20% et 30%, cette prestation n'existait pas dans l'assurance-invalidité. La demande de prestations initiale avait fait l'objet d'une décision, entrée en force, dans laquelle un abattement de 10% avait été appliqué en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge. Cela dit, l'OAI a procédé à une nouvelle comparaison des gains. Il a retenu un revenu annuel sans invalidité de CHF 48'414.- (soit le revenu annuel de CHF 45'500.- selon les données communiquées par l'employeur le 15 février 2010, réactualisé en 2015). L'OAI a arrêté le revenu avec invalidité à CHF 47'976.- (ce qui correspondait au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 [simple et répétitive], tous secteurs confondus [total] selon l'ESS 2014, tableau TA1\_tirage-skill-level, indexé en 2015, réduction de 20% [en raison de la baisse de rendement] et abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles et de l'âge). La comparaison des gains aboutissait à un taux d'invalidité de 1%, inférieur à 40%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente, ni à des mesures professionnelles sous forme de reclassement. 55. Par acte du 30 août 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition ainsi qu'à celle des Drs E\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, principalement, à l'annulation de la décision attaquée, à la constatation qu'il présentait une invalidité totale, donnant droit à une rente entière, et subsidiairement, à la constatation qu'il présentait une invalidité de 50% au moins, donnant droit à une demi-rente, et à la mise en œuvre de mesures de réinsertion professionnelle. 56. Sur le fond, il a reproché au SMR de ne pas avoir tenu compte des rapports de ses médecins traitants, lesquels étaient unanimes pour considérer qu'il n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. Il a, de plus, contesté la valeur probante de l'expertise du 10 mars 2016, laquelle n'avait pas été effectuée par un médecin neutre. L'expert se basait sur le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ de 2013, soit trois ans auparavant. Or, à cette époque, le recourant ne souffrait pas de douleurs lombaires, manifestées depuis novembre 2014. Compte tenu de la divergence des avis médicaux quant à la capacité de travail, une expertise judiciaire s'imposait. 56. Dans sa réponse du 27 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les conclusions de l'expertise étaient motivées, si bien qu'il convenait de lui reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi, le simple fait que l'expert soit lié au SMR ne remettait pas en cause la valeur probante du rapport. D'ailleurs, le recourant ne relevait aucun argument probant démontrant une partialité de l'expert. Il était donc contraire à la bonne foi d'attendre de connaître le résultat de l'examen pour soulever des griefs à l'encontre de la procédure mise en place. Enfin, le recourant n'avait pas mis en évidence d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise. Il s'ensuivait que la mise en œuvre d'une investigation complémentaire s'avérait superflue. 57. Dans sa réplique du 20 octobre 2016, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. L'expert n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles il s'était écarté de l'avis des médecins traitants quant à la capacité de travail résiduelle. La deuxième demande de prestations était motivée par les lombalgies. Or, l'expert s'alignait sur l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ en 2013, lequel n'avait pourtant pas évoqué les lombalgies. Il était ainsi incompréhensible de s'écarter de l'avis des médecins traitants. Outre cela, un abattement de 20% était justifié, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de son absence prolongée du marché du travail (sept ans), des difficultés linguistiques et de son âge. Enfin, si une rente d'invalidité

était refusée, il devrait néanmoins pouvoir bénéficier d'une orientation professionnelle ; n'ayant pas repris de travail depuis sept ans, l'accès au marché de l'emploi, à des postes adaptés à ses limitations fonctionnelles, était difficile. ![endif]>![if> 58. Dans sa duplique du 15 novembre 2016, l'intimé a relevé que l'expert avait tenu compte des atteintes lombaires et des chevilles lors de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. En outre, l'abattement de 10% était conforme au droit. À l'exception des limitations fonctionnelles relativement nombreuses, lesquelles n'empêchaient pas la mise en valeur de la capacité de travail, aucun autre élément déterminant ne justifiait une réduction supplémentaire. Les éventuels facteurs de réduction du salaire en raison du bas niveau des qualifications professionnelles et le manque de connaissance linguistiques, déjà pris en compte dans le niveau d'exigences 4 de l'ESS (activités simples et répétitives), ne constituaient pas un motif de déduction. Enfin, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Ainsi, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaissait inutile, ce d'autant que le recourant n'avait jamais allégué présenter des difficultés dans la recherche d'un emploi adapté en raison de son état de santé. ![endif]>![if> 59. Dans ses observations du 8 décembre 2016, le recourant a maintenu sa position. ![endif]>![if> 60. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé, et la cause gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT

1. a. 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<sup>er</sup> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours, interjeté le 30 août 2016 contre la décision litigieuse du 28 juin 2016, reçue par le recourant le lendemain, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais de recours du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Enfin, touché par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. ![endif]>![if> b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties; il doit s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine

FRÉSARD-FELLAY /Bettina KAHIL-WOLFF /Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGa ; cf. consid. 8). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 3. a. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent 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; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

En l'espèce, les faits pertinents dans le cadre de la nouvelle demande de prestations remontent à novembre 2014, et la décision querellée du 28 juin 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de la LAI dans sa version actuellement en vigueur (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 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). b. S'agissant des dispositions matérielles de la LPGa, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGa elle-même dans son ensemble, elles consacrent en règle générale une version formalisée sur le plan de 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). 4. Le litige porte, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, sous la forme d'une orientation professionnelle. Il est précisé que, par décision du 16

octobre 2013, entrée en force, le droit à une rente entière d'invalidité lui avait été reconnu du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 30 avril 2012. Au-delà, la rente avait été supprimée suite à l'amélioration de son état de santé, et a fortiori, de sa capacité de travail, estimée à 80% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> février 2012. 5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 ) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 6. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

7. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

b. 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).

c. 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent 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. À 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister

des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). c/bb. Un rapport 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). c/cc. 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). c/dd. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste cependant possible,

notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

10. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations, entre la décision querellée du 28 juin 2016 et la dernière décision du 16 octobre 2013.

11. Dans le cadre de la décision du 16 octobre 2013, l'intimé a considéré, sur la base de l'avis du SMR du 18 juin 2013, lequel s'alignait sur les conclusions de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ du 22 février 2013, que la capacité de travail du recourant était nulle, de façon définitive, dans l'activité habituelle de garçon d'office. En revanche, compte tenu de l'absence de lésions aux hanches, au bassin, au rachis ou aux membres supérieurs, la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée (pour tenir compte des difficultés de déplacements) dès le 1<sup>er</sup> février 2012.

12. a. Suite à la nouvelle demande de prestations, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 28 juin 2016, que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle, mais de 80% dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intimé s'est basé sur les conclusions de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 10 mars 2016 ainsi que sur l'avis subséquent du SMR.

b. Dans son expertise, le Dr K\_\_\_\_\_ s'est fondé sur le dossier et l'examen clinique. Il a résumé les documents médicaux, exposé l'anamnèse, relaté les plaintes, posé des diagnostics et fait état de ses constatations. Cela étant, ses explications sont, à répétition, incohérentes, voire contradictoires. En effet, au début de son rapport, l'expert note que le recourant se plaignait de lombalgies au-delà de trente à quarante-cinq minutes lorsqu'il marchait ou restait assis et qu'il s'était levé à la quarante-cinquième minute de l'entretien, soit à la moitié de l'examen d'une durée d'une heure trente. Ainsi, les plaintes du recourant concordent avec le constat médical. Toutefois, dans l'appréciation du cas, l'expert se contredit et affirme que le recourant alléguait l'apparition de symptômes après trente à quarante-cinq minutes, ce qui n'avait pas été le cas le jour de l'examen. À cet égard, il y a lieu de rappeler qu'en 2011-2012, l'assuré, assis, pouvait supporter ses douleurs sans aucun problème, alors même que, suite à son accident en 2009, il avait un peu mal au dos, souffrant d'une hernie discale, non grave, depuis vingt-cinq ans (cf. procès-verbal de l'intimé du 25 novembre 2009; rapport d'entretien de la SUVA du 15 juillet 2011 ; rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 20 février 2012). Ensuite, l'expert observe que, sans cannes, le recourant se déplaçait avec une boiterie inconstante, une marche plus ou moins robotique, saccadée. Les genoux étaient fléchis à environ 10° pour avancer à petits pas, plutôt sur l'avant-pied gauche. Avec les cannes, la marche était plus fluide et plus rapide. Ce constat est comparable à celui du Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 février 2013. Cependant, dans l'appréciation du cas, le Dr K\_\_\_\_\_ relève, cette fois-ci, que la marche avec les deux cannes anglaises s'effectuait à petits pas, en maintenant les genoux légèrement fléchis, en se dandinant, phénomène inconstant lorsque le recourant se déplaçait sans cannes. Il y a donc ambiguïté quant aux déplacements du recourant avec ou sans les cannes. Enfin, l'expert considère que, depuis l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ en février 2013, l'état de santé du recourant est demeuré stable. Or, si dans son rapport, le Dr G\_\_\_\_\_ avait indiqué que le recourant, assis durant l'expertise, n'avait manifesté aucun inconfort lombaire, que la musculature du rachis et les ceintures scapulaires étaient bien développées symétriquement, que le rachis était indolore à la palpation et à la percussion, depuis novembre 2014, le recourant est confronté à une exacerbation importante et constante de ses lombalgies, essentiellement la journée. Il

éprouve de la difficulté à rester longtemps dans la même position (cf. rapports de la Dre H\_\_\_\_\_ des 5 octobre 2015 et 13 novembre 2015). Le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état d'une décompensation de lombalgies, probablement liée à une position assise prolongée. À l'examen clinique, le recourant était relativement algique. Il y avait une raideur manifeste de sa colonne lombaire (cf. courrier dudit praticien du 10 novembre 2014). L'IRM du 1 er septembre 2015 a mis en évidence un rétrécissement modéré du canal rachidien lombaire sur une combinaison de critères osseux et dégénératifs avec une arthrose débutante des articulations interapophysaires postérieures et aggravé par les discopathies protrusives en L4/L5 et L5/S1, lesquelles présentaient un caractère plus focal à base d'implantation large au niveau postéro-médian et postéro-latéral des deux côtés, venant au contact de la portion récessale des racines L5 bilatéralement, sans signe de compression radiculaire, ainsi qu'un rétrécissement des trous de conjugaison L4/L5 des deux côtés et L5/S1 gauche. Lors de la consultation du 7 septembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a observé d'intenses lombalgies avec blocage lombaire dès les premiers degrés de mobilisation lombaire. Les apophyses épineuses L3 à S1 et la musculature para-lombaire étaient douloureuses à la palpation, sans nette contracture (cf. rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2015). Le Dr K\_\_\_\_\_, lui-même, a observé des douleurs lors des mouvements dorsolombaires. Contrairement à l'appréciation de l'expert, force est de constater que l'état de santé du recourant relatif à son problème de dos n'est pas resté stable depuis la dernière expertise du Dr G\_\_\_\_\_ en février 2013. Qui plus est, dans son courrier du 8 septembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ n'a pas exclu la possibilité d'une composante radiculaire sur le canal lombaire étroit relatif, en raison de l'anamnèse des fourmillements et d'engourdissement des membres inférieurs. Le médecin a, de ce fait, préconisé un ENMG des membres inférieurs pour déceler les éventuelles répercussions du canal lombaire étroit sur des racines nerveuses lombo-sacrées. Ainsi, alors que la symptomatologie lombaire n'a pas été clarifiée, le Dr K\_\_\_\_\_ conclut prématurément qu'aucun élément n'expliquait la symptomatologie subjective d'engourdissement et de fourmillements des cuisses et que la preuve d'un canal lombaire étroit symptomatique n'existait pas, hormis si de nouveaux éléments neurologiques déficitaires clairs se manifestaient à un examen neurologique spécialisé avec un ENMG. L'expert parvient à cette conclusion, alors même qu'il note plus tôt qu'une partie de la symptomatologie faisait évoquer un probable canal lombaire étroit symptomatique qui n'avait pas été vérifié par un ENMG. Force est ainsi de constater que l'expert n'a pas procédé à une étude fouillée du cas avant de se prononcer. c. Dans son avis du 9 février 2016, le SMR a proposé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique, dans la mesure où les médecins traitants avaient un avis différent quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée suite aux lombalgies chroniques constantes. Cela étant, au vu des développements qui précèdent, la chambre de céans ne peut pas se fier au rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 10 mars 2016. Ainsi, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur les répercussions des lombalgies sur la capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure de procéder à une comparaison avec la situation prévalant au moment de la dernière décision du 16 octobre 2013. En conséquence, elle ne peut se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant. 13. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire indépendante, laquelle comprendra au vu des considérations précitées un volet orthopédique et un volet neurologique. Ce renvoi se justifie d'autant plus que l'intimé n'a pas instruit correctement la situation médicale du recourant. Il appartiendra aux experts de tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, de décrire les limitations fonctionnelles, de se

prononcer sur sa capacité de travail, de même que sur une éventuelle diminution de rendement, de décrire quelle a été l'évolution de son état de santé depuis le 16 octobre 2013, et enfin de poser des conclusions communes motivées. Sur cette base, l'intimé rendra une nouvelle décision. <sup>14</sup> Reste à déterminer si le recourant, comme il le prétend, a droit à une mesure d'ordre professionnel. <sup>15</sup> a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptations pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). <sup>16</sup> b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I.388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). c. Il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). d. En l'espèce, ainsi qu'on vient de le mentionner, la chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état, d'évaluer le degré d'invalidité du recourant. Il serait donc prématuré de reconnaître ou de nier le droit à une mesure d'ordre professionnel, en particulier sous la forme d'une orientation professionnelle, comme le recourant l'allègue, puisque la condition du droit à cette mesure-ci est l'existence d'une invalidité (cf. Michel VALTERIO, op. cit., n. 1619). Les investigations complémentaires sur le plan médical pourraient avoir une incidence sur l'évolution de l'état de santé du recourant, et par conséquent sur son taux d'invalidité, comme du reste sur l'octroi éventuel d'une mesure d'ordre professionnel. Cela étant dit, le recourant semble avoir besoin d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, puisqu'il a expliqué dans son opposition du 13 mai 2016 qu'en raison de l'utilisation des béquilles, il était confronté à un refus catégorique lorsqu'il se présentait auprès des employeurs. L'art. 18 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI) subordonne l'octroi d'une mesure de placement aux conditions cumulatives suivantes : l'existence d'une incapacité de travail pour l'exercice de l'activité professionnelle précédente (il n'est plus nécessaire que l'assuré soit invalide comme sous l'empire de l'ancien droit [cf. Michel VALTERIO, op. cit., n. 1721]), l'aptitude de l'assuré au placement et l'adéquation des activités envisagées avec le handicap de la personne et avec ses capacités (cf. circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, chiffre 5005). Vu ce qui précède, la cause est donc également renvoyée à l'intimé afin qu'il examine si le recourant est susceptible d'être réadapté, et s'il peut donc bénéficier d'une mesure d'ordre professionnel, notamment d'une mesure d'aide au placement. <sup>16</sup> Il s'ensuit que le recours est partiellement admis, la

décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants. 17. Au vu de l'issue du recours, l'audition des médecins traitants et celle du recourant, offerte par celui-ci, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), inutile, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite. 18. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-. 19. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, arrêtée en l'espèce à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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