

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1787/2013

ATAS/983/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 octobre 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur O _____, domicilié au GRAND-LANCY

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur O _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1965, est mécanicien de formation. Il a exercé la profession d'agriculteur-éleveur dans une ferme en Bosnie jusqu'en 1992. Le 21 novembre 1992, durant la guerre qui secouait alors ce pays, il a reçu une multitude de fragments métalliques dans la jambe et le genou droits à la suite d'une déflagration. L'assuré est arrivé en Suisse le 5 mai 1993.
2. Le 30 août 1999, il a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité. Celle-ci a été refusée par décision du 10 janvier 2003 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).
3. Invité par l'OAI à indiquer pour quel employeur il avait travaillé durant 13 mois postérieurement au 21 novembre 1993, l'assuré a produit une attestation du 2 septembre 2003 de l'association REALISE. Il en ressort qu'il a bénéficié d'un contrat de stage du 25 mai 1998 au 25 mai 1999, mais qu'en raison de problèmes de santé, il n'a pu poursuivre son activité au-delà du 2 octobre 1998.
4. Par décision sur opposition du 20 décembre 2005, l'OAI a confirmé sa décision du 10 janvier 2003, motif pris que l'assuré ne remplissait pas la clause d'assurance.
5. En date du 28 janvier 2006, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 20 décembre 2005.
6. Par arrêt du 29 juin 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a rayé la cause du rôle, suite au retrait du recours par l'assuré.
7. Le 29 mars 2009, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
8. Par courrier du 3 avril 1999 à l'OAI, l'assuré s'est référé au sort que cette autorité avait réservé à sa première demande de prestations du 30 août 1999, rappelant que des prestations de l'assurance-invalidité lui avaient été refusées "pour des questions administratives". Il a ajouté que dans le cadre de ses démarches actuelles auprès du service des prestations complémentaires (SPC), il avait besoin de connaître le degré d'invalidité qui aurait pu, le cas échéant, lui être attribué.
9. Dans un rapport du 8 octobre 2009 adressé à l'OAI, le Dr A _____, Spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 18 mai 2006 pour les séquelles de plaies multiples au genou droit. Le Dr A _____ a rapporté que malgré plusieurs opérations effectuées par le passé, il restait une trentaine de fragments métalliques répartis autour du genou pour lesquels le traitement actuel ne pouvait être que symptomatique (antalgiques et anti-inflammatoires). Il a précisé que l'excision de tous les fragments métalliques

conduirait à une voie d'abord délabrante et risquerait d'engendrer des douleurs également intenses liées aux cicatrices. Il a ajouté qu'en l'état, la flexion était limitée à 120 degrés, qu'il existait des épanchements à répétition et des douleurs assez diffuses, que l'assuré présentait des douleurs fluctuantes qui n'empêchaient pas la marche, mais restreignaient son périmètre et l'obligeaient à boîter.

Évoquant la question de la capacité de travail, le Dr A _____ a mentionné que compte tenu du fait que l'assuré n'avait jamais travaillé en Suisse, la détermination de sa capacité de travail était purement théorique. Il a toutefois précisé que dans le métier de mécanicien, qui nécessite de s'agenouiller, de s'accroupir, de monter sur des plans de travail et de porter des charges, la capacité de travail était extrêmement faible voire nulle, mais que dans toute autre profession moins physique, impliquant des déambulations, du contrôle, de la manutention légère, de la station assise, la capacité de travail pourrait être importante, mais que sa formation et sa capacité de compréhension limitée de la langue constituaient un obstacle important.

10. Par communication du 20 octobre 2009, le secrétariat général de Belle-Ideé a informé l'OAI que l'assuré n'avait plus fait l'objet d'un suivi en psychiatrie depuis plus d'un an.
11. Dans un rapport du 28 octobre 2009, le Dr B _____, médecin interne FMH, a indiqué qu'il suivait l'assuré pour une hépatite B chronique depuis 2005, mais que cette affection, ainsi qu'un état de stress post-traumatique F43.1, n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail de l'assuré. Le Dr B _____ a émis un bon pronostic pour les troubles dont il s'occupe, mais il s'est montré réservé pour le genou. Aussi a-t-il renvoyé au rapport du Dr A _____ du 8 octobre 2009 en ajoutant que l'assuré présentait une incapacité de travail à 100% comme travailleur de force depuis le 2 octobre 1998, en raison de l'atteinte au genou.
12. Selon une fiche d'information de l'Hospice général datée du 6 mai 2010 et reçue le 14 juillet 2010 par l'OAI, l'assuré a travaillé pour l'entreprise d'insertion REALISE durant une année entre 1998 et 1999 à raison de 6 heures par jour. Il est précisé que celui-ci souffre de douleurs persistantes et permanentes à la jambe droite et de troubles psychiques dus aux mauvais traitements (torture, coups, etc.) qu'il a subis alors qu'il était prisonnier des Serbes durant la guerre en Bosnie.
13. Dans une note datée du 26 juillet 2010, le Dr C _____, médecin SMR, a relaté un entretien téléphonique qu'il avait eu le même jour avec le Dr B _____. Celui-ci lui avait déclaré que l'atteinte principalement incapacitante était celle du genou, qu'il n'y avait pas de limitation psychique, mais que des facteurs non-médicaux (culturels, linguistiques et niveau d'éducation) limitaient une possible reconversion à une activité manuelle.
14. Par avis du 26 juillet 2010, le Dr C _____ a déclaré qu'il retenait les limitations fonctionnelles indiquées par le Dr A _____, soit:

- Activité sédentaire légère avec possibilité d'alterner les positions assise/debout
- Pas de position accroupie ni agenouillée
- Pas de déplacements à pied sur de longues distances ni en terrain irrégulier
- Pas de travail sur échelle
- Pas de franchissement répété d'escaliers
- Pas de port de charges

Le Dr C _____ a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail depuis le 21 novembre 1992 qui, dans l'activité habituelle, s'élevait à 100% depuis le 2 octobre 1998. Il a précisé que l'effet de l'état de stress post-traumatique sur la capacité de travail n'était pas connu actuellement. En vue de déterminer le degré d'incapacité de travail entre le 21 novembre 1992 et le 2 octobre 1998, le Dr C _____ a proposé à l'OAI de recueillir de plus amples informations avant un réexamen de la situation par le SMR.

15. Par courrier du 14 octobre 2010, le Dr B _____ a transmis à l'OAI un résumé d'observation du 23 août 2005 établi par le Dr D _____, du Centre de thérapie brève (CTB). Il en ressort que l'assuré présentait à cette date un épisode dépressif modéré et des résurgences de ruminations de type PTSD présentes après les événements de guerre dans un contexte de reconnaissance de paternité depuis 2004, de maladie cancéreuse chez son père et de risque de renvoi en Bosnie de son frère.
16. Dans un rapport du 21 janvier 2011 adressé au Dr C _____, le Dr A _____ a indiqué que l'assuré s'était rendu à son cabinet en août 2010 pour des douleurs à la face externe de la cheville gauche et qu'il présentait une douleur à la pression des tendons fibulaires ainsi qu'une boiterie légère. Le Dr A _____ a ajouté qu'un traitement local avait été entrepris sans succès et qu'il avait constaté une aggravation de l'état de santé qui s'était manifestée par l'apparition d'un œdème volumineux entraînant l'impossibilité de porter des chaussures. Le Dr A _____ a précisé qu'il existait une indication opératoire, mais que les délais des HUG étaient très longs.

Il a indiqué que la capacité de travail dans une activité sédentaire était certainement supérieure à 50% avec de petits déplacements possibles, étant précisé qu'il était nécessaire que l'assuré ait parfois la possibilité de mettre sa jambe en légère surélévation.

En outre, le médecin a rapporté que l'assuré pouvait marcher au plus quelques centaines de mètres, qu'il était en mesure de conduire un véhicule sur de petits trajets et d'emprunter les transports publics. Enfin, le Dr A _____ a indiqué

qu'il était probable que l'intervention chirurgicale, une fois réalisée, débouche sur une forte amélioration de l'état de la cheville, voire une guérison de celle-ci.

17. Dans un avis du 29 mars 2011, le Dr C _____ a considéré qu'en regard à l'intervention envisagée au niveau de la cheville gauche de l'assuré, l'état de santé n'était actuellement pas stabilisé.
18. Dans un rapport du 4 avril 2011, la Dresse E _____ a indiqué qu'entre août 2005 et novembre 2009 [recte: novembre 2007], l'état de santé, d'un point de vue psychiatrique, était resté stable, avec persistance de symptômes d'un PTSD et d'une symptomatologie dépressive légère. Elle a précisé que d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré n'était diminuée que de manière légère.

Évoquant l'évolution du tableau clinique entre le début et la fin de la prise en charge psychiatrique, la Dresse E _____ a renvoyé au rapport du Dr D _____ du 23 août 2005 pour le tableau initial. Elle a ajouté qu'en fin de prise en charge, l'assuré était sous médication antidépressive (Deroxat 20 mg/j) et hypnotique (Imovane 7,5 mg/j) et qu'il était toujours en proie à des souvenirs traumatisants liés à son emprisonnement, mais cependant moins handicapé par ces derniers, avec une amélioration de la symptomatologie dépressive.

La Dresse E _____ a précisé que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient plutôt en lien avec la reviviscence continuelle des atrocités qu'il avait vécues dans son pays, ainsi que des conséquences somatiques (traumatisme du genou droit) qui avaient des répercussions sur son moral. Elle a ajouté que des difficultés familiales liées à la maladie de son père, ainsi qu'à la non-acceptation de son fils par sa propre famille, étaient des facteurs extérieurs qui jouaient un rôle non négligeable dans l'évolution de ce patient.

Invitée à donner un pronostic concernant l'affection psychiatrique de l'assuré à la fin de sa prise en charge en novembre 2007, la Dresse E _____ a indiqué qu'au vu de la stabilité de l'affection psychiatrique et de l'absence d'une demande de psychothérapie émanant de la part de l'assuré, elle lui avait proposé d'être suivi par son médecin traitant à l'avenir, étant précisé que celui-ci pouvait assumer la prescription d'une médication psychotrope. À la lumière de ces précisions, la Dresse E _____ a ajouté que son pronostic avait été une chronicisation du trouble modéré présenté par l'assuré.

19. Dans un rapport intermédiaire du 6 juin 2011, le Dr B _____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, précisant que sa capacité de travail était nulle dans toute activité et qu'un retour au travail n'était pas non plus envisageable ultérieurement.

20. Dans un rapport intermédiaire du 7 juin 2011, le Dr A_____ a annoncé à l'OAI que dans la mesure où l'assuré présentait des douleurs et un important gonflement de la cheville gauche, son état de santé s'était aggravé depuis fin 2010 et surtout début 2011, que les limitations fonctionnelles qui en résultaient se manifestaient par des douleurs à la marche, une boiterie et une impossibilité d'accroupissement. Tout en précisant que l'état du genou droit était stationnaire, le Dr A_____ a indiqué que la capacité de travail était supérieure à 50% dans une activité purement sédentaire. Evoquant l'hypothèse d'un retour au travail ultérieurement, le Dr A_____ a précisé que l'intervention chirurgicale à la cheville n'avait pas encore eu lieu, mais que celle-ci amènerait certainement une forte amélioration. Il a ajouté que l'état du genou était en revanche voué à rester stationnaire.
21. Dans un rapport du 7 octobre 2011, le Dr F_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG a indiqué que l'assuré lui avait été adressé par le Dr A_____ pour une première consultation qui avait eu lieu le 9 mars 2011. Il a précisé que l'examen clinique avait révélé un arrière-pied varus avec œdème en regard rétro-malléolaire externe. Il a ajouté qu'il avait adressé l'assuré à son collègue, le Dr G_____, pour une échographie effectuée en date du 17 mars 2011 qui avait confirmé une importante ténosynovite des tendons péroniers, mais sans déchirure. Il a expliqué qu'il n'avait dès lors pas retenu d'indication chirurgicale pour la cheville gauche de l'assuré, mais qu'il lui avait prescrit des bas à varices et conseillé de poursuivre le port de lits plantaires adaptés. Enfin, le Dr F_____ a mentionné qu'il n'avait pas prescrit d'arrêt de travail à l'assuré.
22. Considérant, par avis du 29 novembre 2011, qu'il ne disposait pas, en l'état, d'une information exploitable permettant d'établir la capacité de travail résiduelle de l'assuré, le SMR a proposé qu'une expertise rhumato-psychiatrique soit réalisée.
23. Le 29 juin 2012, une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été réalisée au BREM par les Dresses H_____ et I_____, respectivement rhumatologue FMH et psychiatre-psychothérapeute FMH.

Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré, recueilli ses plaintes, établi son status somatique et psychiatrique et fait effectuer un radiodiagnostic par IRM, les expertes ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail:

- Corps étrangers de plombs sous-cutanés du membre inférieur droit M 79.5 en regard du genou avec image de chondrocalcinose articulaire (DD: arthropathie saturnine)
- Tendinite des péroniers à gauche M 76.5

Les expertes ont estimé que d'autres diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail, en particulier:

- Dysthymie F34.1, présente depuis plusieurs années
- Œdèmes mixtes des membres inférieurs dans un contexte d'insuffisance veineuse et de lipœdème R 60.0
- Gonarthrose incipiens M 17.2
- Hépatite virale B B18.9
- Status après blessure par arme à feu anamnestique avec plaies multiples des tissus cutanés et sous-cutanés au genou droit et poignet gauche, status après extractions en anesthésies locales de corps étrangers de grenaille de plomb au poignet gauche et en regard du genou droit, cicatrice avec perte de substance localisée au genou droit T 13.5 et 11.3.

Évoquant les limitations en relation avec les troubles constatés, les expertes ont considéré qu'au plan physique, l'assuré devait éviter de travailler en position à genoux ou accroupie depuis 2009 (épanchements du genou) et éviter le travail sur échelle/échafaudage, terrain instable depuis 2010 (tendinopathie péronière). Elles n'ont en revanche objectivé aucune limitation qualitative ou quantitative au plan psychique.

Les expertes ont indiqué qu'en l'absence de descriptif de poste de travail précis, elles pouvaient simplement affirmer qu'au plan physique, il n'y avait pas d'incapacité de travail évidente en tant que patron d'une grosse exploitation de bétail, mais que s'agissant du travail de mécanicien, la capacité de travail dépendait de la nature du poste de travail. Elles ont considéré qu'il existait une incapacité de travail partielle en relation avec la position à genoux, précisant qu'un travail de mécanicien assis ou semi-sédentaire assis-debout, n'exigeant pas de position agenouillée, ne comprenait pas de limitation. Au plan psychique, les expertes ont considéré que la dysthymie n'interférait pas sur les activités exercées jusqu'ici. Évoquant la capacité de travail résiduelle, les expertes ont mentionné qu'au plan physique, toute activité ne nécessitant pas la position à genoux ou accroupie, ou sur un chantier (échelle, échafaudages, terrain instable) était exigible. Ainsi, l'assuré ne pourrait pas travailler comme aide-manœuvre dans le bâtiment, ni comme carreleur depuis 2009. Par ailleurs, si une intervention était réalisée au niveau de ses tendons péroniers, cela impliquerait une incapacité de travail temporaire, mais non définitive. Au plan psychique, les expertes ont indiqué qu'il n'y avait pas de comorbidité d'ordre psychiatrique donnant lieu à une limitation supplémentaire et qu'une activité simple était exigible à plein temps, soit 8 heures par jour.

Les expertes ont également considéré qu'il n'y avait pas de diminution de rendement, ni au plan physique, ni au plan psychique.

Invitées à apprécier si des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, les expertes ont indiqué qu'au plan psychique, de telles mesures seraient vouées à l'échec, l'assuré étant convaincu de son incapacité d'exercer une activité en raison de ses gonalgies droites. Elles ont précisé que le très haut indice de kinésiophobie selon le questionnaire Tampa ainsi que la mise en avant, par l'assuré, d'empêchements importants dépassant les limitations médicales objectives rendait illusoire toute mesure professionnelle. Au plan physique, elles ont rapporté que selon leurs collègues du service de chirurgie plastique des HUG, il n'y avait pas d'incapacité de travail à mettre en relation avec la présence de corps étrangers sous-cutanés. Bien que l'assuré ait été mis au bénéfice de plusieurs arrêts de travail par ses médecins-traitants, les expertes ont reproché à ceux-ci de n'avoir pas procédé à une analyse détaillée des types de blessures et d'avoir tenu compte, principalement, des plaintes subjectives.

S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, les expertes ont mentionné qu'au plan physique, toute activité simple en position assis-debout pouvait être exercée sur un terrain stable (nécessité d'éviter de travailler en position agenouillée ou accroupie de même que sur une échelle/un échafaudage ou en terrain instable) alors qu'au plan psychique, toute activité simple était exigible sans que l'on ait à tenir compte de critères particuliers. Les expertes ont également considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail à 100% sans diminution de rendement.

24. Dans un rapport du 16 août 2012, le Dr J _____, médecin SMR, a considéré que le rapport d'expertise du BREM du 29 juin 2012 était pleinement convaincant et qu'il convenait d'en suivre les conclusions et de considérer que l'assuré n'avait jamais présenté d'incapacité de travail durable au sens de la LAI.
25. Par projet de décision du 10 septembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'à l'examen des pièces médicales en sa possession, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi et qu'en conséquence, il n'y avait pas lieu de retenir l'existence d'une invalidité.
26. Par pli du 26 septembre 2012 reçu le 2 octobre 2012, l'assuré a reproché à l'OAI de ne pas être informé de l'existence d'une opération qu'il avait subie. Sans indiquer la date de cette dernière, l'assuré a précisé qu'il y avait eu des complications et qu'il souffrait de thrombose. Il a joint à son envoi une copie d'un courrier daté du 26 septembre 2012 qu'il avait envoyé au Dr A _____.

Il ressort en substance de ce dernier courrier que le Dr B _____ a ausculté puis envoyé l'assuré le 24 septembre 2012 au service de veinologie de l'hôpital après s'être entretenu du cas avec le Dr A _____. Il est également précisé qu'une thrombose a été diagnostiquée à l'hôpital et que des médicaments lui ont été prescrits pour un trimestre. Aussi l'assuré a-t-il invité le Dr A _____ à établir

des attestations rejetant l'avis exprimé par l'OAI dans son projet de décision du 10 septembre 2012.

27. Par décision du 25 avril 2013, l'OAI a informé l'assuré que son courrier du 2 octobre 2012 (recte: 26 septembre 2012) ne permettait pas de modifier l'appréciation de la situation et confirmé le rejet de sa demande.

28. Par courrier du 21 mai 2013 reçu le surlendemain, l'assuré a reproché à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de deux opérations subies les 2 août 2012 et 11 mars 2013. Pour appuyer ses dires, l'assuré a produit les pièces suivantes:

- Lettre de sortie délivrée par le département de chirurgie des HUG le 20 mars 2013. Il en ressort que l'assuré a été opéré en août 2012 d'une révision des péroniers gauches, que suite à une mauvaise évolution avec un status clinique présentant une tuméfaction importante et du liquide au niveau de la gaine synoviale ainsi que des douleurs le long du court péronier, on lui a proposé une ré-intervention pour une ténodèse du court péronier sur le long péronier. Cette dernière a eu lieu le 11 mars 2013. Il est précisé que les suites post-opératoires ont été favorables, que le lendemain de l'intervention, le patient a débuté une rééducation à la marche et qu'il a pu rentrer à son domicile le 14 mars 2013. Au regard de ces éléments, les HUG ont attesté que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% du 11 mars 2013 au 25 avril 2013 inclus.
- Une attestation du Dr A_____ du 21 mai 2013 aux termes de laquelle l'assuré présente une affection chirurgicale de sa cheville gauche non encore guérie et qui a nécessité deux opérations.
- Un rendez-vous fixé au 29 mai 2013 pour un contrôle radio-clinique par le Dr K_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG.
- 3 photos de sa jambe gauche datées du 7 mai 2013.

29. Par courrier du 23 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré que des observations pouvaient être formulées dans un délai de 30 jours consécutif au projet de décision du 10 septembre 2012, que le courrier du 21 mai 2013 était dès lors tardif et ne pouvait être pris en considération. Ce courrier indiquait également à l'assuré qu'il avait la possibilité de recourir auprès de la Cour de céans dans les 30 jours "après l'envoi" de la décision du 25 avril 2013.

30. Par courrier posté le 29 mai 2013, l'assuré a informé l'OAI que la décision du 25 avril 2013 lui était parvenue le 29 avril 2013 et qu'il estimait cette dernière "prématurée", tout comme une saisine de la Cour de céans qui était susceptible d'occasionner des frais. En conséquence, il a invité l'OAI à "réviser" sa décision du

25 avril 2013 en tenant compte des avis des médecins et de son courrier du 21 mai 2013, ce qui n'avait pas été le cas selon lui.

31. Par courrier du 29 mai 2013, l'assuré a fait parvenir à la Cour de céans une copie de son courrier à l'OAI daté du même jour.
32. Par pli du 3 juin 2013, l'OAI a transmis à la Cour de céans le courrier original de l'assuré du 29 mai 2013 qu'il avait reçu le 30 mai 2013.
33. Par pli du 6 juin 2013, l'OAI a transmis à la Cour de céans le courrier original de l'assuré du 21 mai 2013 qu'il avait reçu le 23 mai 2013.
34. Par acte du 3 juillet 2013, l'OAI a indiqué qu'en tant que son projet de décision avait été adressé au recourant en date du 10 septembre 2012, la décision datée du 25 avril 2013 avait respecté le délai de 30 jours et tenu compte des observations faites par celui-ci dans son courrier du 2 octobre 2012 (recte: 26 septembre 2012).

Sur le fond, l'OAI soutient que l'expertise réalisée au sein du BREM doit se voir reconnaître pleine valeur probante et que le reproche formulé par le recourant de n'avoir pas tenu compte de deux interventions médicales subies respectivement le 2 août 2012 et le 11 mars 2013 est dépourvu de pertinence, motif pris que l'expertise du 29 juin 2012 évoque expressément l'hypothèse d'une prochaine intervention chirurgicale au niveau des tendons péroniers entraînant une incapacité de travail temporaire, mais non durable, et que le caractère temporaire de celle-ci est confirmé par la lettre de sortie des HUG datée du 20 mars 2013, cette dernière faisant état d'une incapacité de travail du 11 mars au 25 avril 2013 inclus.

À la lumière de ces éléments, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

35. Le courrier de l'OAI a été transmis à la recourante et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er

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; 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 2002, et, après le 1^{er} janvier 2003, 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 (ATFA non publié 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).

3. Conformément à l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. L'art. 39 LPGA prévoit, d'une part, que les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (al. 1), et d'autre part, que lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé (al. 2).

En l'espèce, la décision du 25 avril 2013 a été rendue bien après l'expiration du délai de 30 jours imparti par l'intimé pour apporter d'éventuelles objections au projet de décision du 10 septembre 2012. C'est donc à juste titre que l'OAI a transmis à la Cour de céans le recours du 29 mai 2013, qui lui avait été adressé par erreur par le recourant.

Le recourant a reçu la décision du 25 avril le 29 avril 2013. En postant son recours le 29 mai 2013, il a agi en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Bien que succinct, l'acte du recourant permet de comprendre quelle est la décision attaquée, expose tout de même les faits et les motifs de son désaccord. L'on comprend par ailleurs qu'il demande l'annulation de la décision litigieuse, malgré l'emploi inapproprié du terme "réviser", ce dernier étant réservé aux décisions formellement passées en force (cf. art. 53 al. 1 LPGA), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Ainsi, les conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA, notamment l'art. 61 lit. b LPGA sont réalisées.

Le recours est ainsi recevable.

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui conférer un droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. a) Lorsqu'une nouvelle demande est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al.2 et 3 RAI). En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 4 RAI), l'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités).

b) Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5) (ATF non publié 9C 1012/2008 du 30 juin 2009). C'est la dernière décision entrée en force 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

c) En l'espèce, la Cour de céans constate que lors de sa première demande de prestations, l'instruction médicale du dossier a été abandonnée alors qu'une réactualisation des données médicales était à l'ordre du jour. Il sied également de relever qu'un examen matériel du droit aux prestations avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves n'ont pas été effectués. C'est sur ces bases, en axant son argumentation sur la clause d'assurance (art. 6 al. 2 LAI), que l'intimé a rejeté la demande par décision du 10 janvier 2003 confirmée par décision sur opposition du 20 décembre 2005. Ainsi, cette dernière ne saurait constituer le point de départ temporel pour l'examen de la nouvelle demande déposée par le recourant en date du 29 mars 2009. Partant, celle-ci doit être examinée comme s'il s'agissait d'une première demande de prestations.

6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

8. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

9. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

10. 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 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

11. 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).

12. En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé une instruction lacunaire. Sans remettre en cause l'expertise du BREM réalisée le 29 juin 2012, il soutient qu'il aurait fallu tenir compte des deux interventions médicales qu'il a subies après la réalisation de cette expertise, soit le 2 août 2012, respectivement le 11 mars 2013.

À titre liminaire, il y a lieu de relever que le rapport d'expertise des Dresses H_____ et I_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique approfondi du recourant et qu'il tient compte des plaintes de celui-ci. Ce rapport a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent apparaître aucune contradiction.

Bien que postérieures à l'expertise, les interventions médicales du 2 août 2012 et du 11 mars 2013 ont été néanmoins envisagées par les expertes. Elles ont précisé à cet égard que si une intervention était réalisée au niveau des tendons péroniers, il en résulterait une incapacité de travail temporaire, mais non définitive.

En examinant les pièces produites par le recourant à l'appui de son courrier du 21 mai 2013, en particulier la lettre de sortie des HUG du 20 mars 2013, il apparaît que les suites post-opératoires de l'intervention du 11 mars 2013 ont été favorables, que le patient a débuté une rééducation à la marche et qu'il a pu rentrer à son domicile le 14 mars 2013 en bénéficiant d'un arrêt de travail à 100% du 11 mars 2013 au 25 avril 2013 inclus, soit 46 jours au total, ce qui confirme le caractère temporaire de l'incapacité de travail mentionné par les expertes. Le fait qu'une attestation du Dr A_____, datée du 21 mai 2013, mentionne une affection chirurgicale de la cheville gauche, non encore guérie, ne remet pas non plus en question leur appréciation. Il en va de même de l'attestation d'un rendez-vous médical pour un contrôle radio-clinique en date du 29 mai 2013 ou de clichés de la jambe gauche, datés du 7 mai 2013 et non commentés.

S'agissant de l'incapacité de travail attestée dans divers rapports émanant des médecins-traitants du recourant, il convient de relever que ces rapports ne précisent pas de manière systématique le point de départ de cette incapacité ou son ampleur exacte. Ainsi, le rapport intermédiaire du Dr A_____ du 7 juin 2011 fait état d'une capacité de travail supérieure à 50% dans une activité purement sédentaire, tout en laissant entrevoir une forte amélioration si l'intervention chirurgicale au niveau des tendons péroniers – qui n'avait pas encore eu lieu à ce moment – était effectuée. D'avis différent, le Dr F_____, du département de chirurgie des HUG, précise dans son rapport du 7 octobre 2011 à l'OAI n'avoir prescrit aucun arrêt de travail au recourant. Ainsi, le SMR relève de manière convaincante dans

son avis du 29 novembre 2011 – antérieur à l'expertise diligentée par le BREM – qu'il ne disposait pas, en l'état, d'informations exploitables permettant d'établir la capacité de travail résiduelle. À la lumière de ces éléments, on ne saurait affirmer que les rapports des médecins traitants permettent de remettre en cause les conclusions des expertes, ce d'autant moins qu'elles reprochent aux médecins traitants d'avoir délivré des arrêts de travail en se fondant principalement sur les plaintes du recourant et sans analyser de manière détaillée ses affections.

Évoquant la question des limitations fonctionnelles, les expertes du BREM rapportent qu'il n'y a pas de limitation au plan physique, toute activité ne nécessitant pas la position à genoux ou accroupie, ou sur un chantier (échelle, échafaudages, terrain instable) est exigible. En cela, les limitations retenues concordent avec celles retenues par le Dr A_____ dans son rapport du 8 octobre 2009.

Rien ne permet ainsi de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise, qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante. C'est donc à juste titre que l'intimé, sur la base de cette expertise, a nié le droit à toute prestation d'assurance en tenant compte d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

13. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1^{er} juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le