

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4288/2017

ATAS/170/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} mars 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente ; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1963 et d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1989. Il a travaillé, dès 1994, en qualité de monteur en échafaudages, puis également comme nettoyeur.
2. En date du 27 juin 2006, l'intéressé a subi un accident provoquant une fracture du calcanéum droit, multifragmentaire et disloquée. Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur-accidents.
3. L'intéressé a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR) du 6 février au 7 mars 2007. Dans un rapport du 22 mars 2007, les médecins ont retenu les diagnostics de fracture dislocation multifragmentaire du calcanéum droit et de l'extrémité distale du péroné, de réduction sanglante et d'ostéosynthèse avec plaque calcanéum le 7 juillet 2006. La capacité de travail dans l'activité habituelle de chef monteur en échafaudages était nulle pour une durée prolongée. Le bilan radiologique montrait une réduction satisfaisante, un matériel d'ostéosynthèse en place, mais il persistait encore quelques traits visibles de fracture.
4. Le 28 mars 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI).
5. Le 20 décembre 2007, l'assuré a subi l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, complétée par une arthrodèse sous-astragalienne et, le 5 février 2009, une nouvelle intervention consistant en une reprise d'arthrodèse sous-talienne, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une autogreffe spongieuse du tibia proximal droit. En date du 22 juillet 2010, l'assuré s'est soumis à une troisième arthrodèse sous-astragalienne droite avec une greffe osseuse autologue à droite.
6. Dans un rapport final du 11 mars 2011, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a noté, à l'examen, une limitation douloureuse de la mobilité de l'arrière-pied de la cheville sur un status après une arthrodèse sous-astragalienne ainsi que quelques légers signes irritatifs du genou droit et un syndrome vertébral lombaire modéré, sans manifestations radiculaires. Les radiographies témoignaient d'un status après arthrodèse sous-astragalienne consolidée. L'état était ainsi suffisamment stabilisé pour permettre un bilan asséculoologique. Sur le plan professionnel, les séquelles de l'accident ne permettaient pas le retour, à moyen ou à long terme, vers une activité professionnelle sur les chantiers. Toutefois, l'assuré pourrait vraisemblablement mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, permettant des changements de positions ou n'exigeant que de courts déplacements.
7. Dans un avis du 18 mars 2011, le docteur C_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après le SMR), a conclu que, conformément aux conclusions du Dr B_____ du 11 mars 2011, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle dès le 27 juin 2006, mais entière dès le 12 novembre 2010 (date de l'observation de la consolidation de

l'arthrodèse) dans une activité adaptée, sédentaire, sans longs déplacements et avec la possibilité de changer de position.

8. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle du 5 septembre au 4 décembre 2011, puis d'une mesure d'entraînement aux activités industrielles légères du 5 décembre 2011 au 4 mars 2012 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI). Il résulte des conclusions du rapport des EPI du 9 mars 2012 que l'assuré ne pouvait être actuellement réadapté dans le circuit économique ordinaire, la période de quatre mois de réentraînement dans une activité industrielle légère n'ayant pas donné les résultats escomptés. L'assuré avait montré de nombreux signes d'inconfort au pied (gonflements) et au dos. Son tonus avait diminué sur la durée. Dès le 9 janvier 2012, il avait travaillé à mi-temps, conformément au certificat médical établi par son médecin traitant. Les rendements de l'assuré plafonnaient à 60% sur un mi-temps. Les maîtres de réadaptation ont notamment noté que l'assuré avait cherché, tout au long de son stage, à montrer qu'aucune position de travail ne lui convenait, avec de très fréquentes alternances, des déambulations dans l'atelier, des signes importants de souffrance avec des grimaces exprimant de fortes douleurs, des pauses sur sa place de travail pour se détendre en prenant, le plus souvent, des positions inadéquates en se vautrant sur l'établi ou en posant les deux pieds allongés sur l'établi. Il s'était montré plaintif, très démonstratif et centré sur ses douleurs et ses limitations. Il avait surtout cherché la reconnaissance de ses atteintes et à montrer qu'il n'était pas dans un état de santé assez acceptable pour envisager d'exercer une quelconque activité lucrative. Les rendements étaient globalement médiocres, avec une tendance à l'autolimitation aux alentours de 50%, cela même dans les activités les plus simples et les plus légères. Les atteintes au pied et même au dos ne justifiaient pas de tels résultats. La dextérité manuelle se développait mieux dans les activités moyennement fines, mais l'assuré avait tendance à bâcler le travail. L'assuré n'avait pas suffisamment tenté de s'adapter aux activités proposées ni montré de motivation à réintégrer le monde du travail. Il n'était pas dans une dynamique de reprise d'activité professionnelle. Les maîtres de réadaptation ont déterminé que l'assuré pouvait travailler en tant qu'ouvrier dans l'assemblage à l'établi ou dans le conditionnement, étant précisé que les pièces devaient être légères et les manipulations simples et peu nombreuses.
9. L'OAI a clos le mandat de réadaptation en date du 5 avril 2012 et déterminé le degré d'invalidité à 38%.
10. En date du 21 juin 2012, l'assureur-accidents a rendu une décision, par laquelle il a notamment alloué à l'assuré, dès le 1^{er} mars 2012, une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 38%.
11. Par décision du 10 juin 2013, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} juin 2007 au 28 février 2011.

12. Dans son rapport du 10 septembre 2013, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a noté que l'atteinte au calcanéum avait bien évolué sur le plan radiologique, mais qu'il y avait une forte discrédance avec l'évolution clinique qui avait été assez catastrophique avec un patient présentant une boiterie à la marche et devant marcher avec une canne. A sept ans de l'arthrodèse primaire, l'assuré souffrait toujours d'un cortège de douleurs dans le talon. La scintigraphie osseuse ayant montré une importante réaction autour d'une des deux vis, le chirurgien a proposé l'ablation des vis.
13. Le 17 octobre 2013, le Dr D_____ a procédé à l'ablation des vis. Le 8 novembre 2013, il a noté une bonne évolution, que l'assuré était guéri et la plaie fermée. Toutefois, il souffrait toujours de la même douleur dans la gouttière externe. Le 19 novembre 2013, il a infiltré l'assuré dans la gouttière externe. Cette infiltration n'a amené aucune amélioration, selon le rapport y relatif. Au contraire, l'assuré avait plus mal qu'avant. Le chirurgien a conclu qu'il avait épuisé les mesures diagnostics à sa disposition pour expliquer le syndrome douloureux. Le 27 janvier 2014, l'assuré a repris son dossier chez le Dr D_____, qui lui a proposé d'aller prendre un avis chez un autre médecin.
14. Par arrêt du 18 décembre 2013, la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré contre la décision du 10 juin 2013 de l'OAI.
15. Dans un rapport du 18 février 2015, les docteurs E_____ et F_____ du service d'orthopédie et traumatologie du CHUV ont diagnostiqué notamment un syndrome douloureux diffus de l'arrière-pied droit. La mobilisation de l'arrière-pied était impossible à cause de la douleur et le patient marchait toujours avec deux cannes et avec une boiterie antalgique. Ces médecins n'estimaient pas une prise en charge chirurgicale indiquée et ont adressé le patient au collègue de chirurgie plastique, le docteur G_____, pour une dénervation sélective de l'arrière-pied.
16. Selon le rapport du 20 mars 2015 relatif à une IRM de la colonne lombaire, l'assuré présentait une hernie discale postérieure paramédiane gauche L5-S1, refoulant modérément l'émergence de la racine S1 gauche, ainsi qu'un épanchement dans l'articulation zygapophysaire gauche L3-L4 et, de façon beaucoup plus pondérée, en L5-S1.
17. Dans son rapport du 26 mai 2015, le Dr G_____ a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs à 8/10 au repos, la nuit et à la marche. À l'examen clinique, il a constaté des douleurs très importantes au niveau de la jambe droite avec tinnel positif sur le tunnel tarsien et les nerfs péroniers commun et superficiel avec une diminution de la sensibilité de la face latérale et de la partie médiale de la jambe. L'assuré présentait aussi des douleurs dorsales depuis longtemps.
18. Dans un rapport du 13 juillet 2015, les Docteurs H_____ et I_____ du service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ont mentionné que l'assuré présentait depuis environ cinq ans des lombosciatalgies droites qui s'étaient ensuite étendues dans la jambe gauche et, quelques années

après, au niveau du territoire S1. Il a ensuite consulté le Dr G_____ dans le contexte de douleurs des cheville et pied droits. Ce dernier avait mis en évidence une souffrance au niveau du nerf sural, du nerf péronier profond et superficiel, ainsi que du nerf tibial au niveau du tunnel tarsien. L'assuré avait bénéficié à deux reprises d'infiltrations en mars et mai 2015 qui n'avaient eu que très peu d'effets. Depuis la chute de 2006, l'assuré marchait toujours avec des cannes. Les lombalgies étaient présentes de façon continue et aggravées à la marche. Le périmètre de marche était limité à environ une heure. Aux dires de l'assuré, il lui était impossible de marcher sans béquilles. Les sciatalgies étaient présentes sous forme de décharges électriques de façon constante, aggravées à la marche. De l'avis de ces médecins, les lombalgies étaient dues à de l'arthrose facettaire et péjorées par l'insuffisance musculaire paralombaire. Les douleurs au niveau des membres inférieurs pouvaient être expliquées par des pseudoradiculaires sur arthrose facettaire. Ils ont adressé enfin l'assuré à un médecin antalgiste pour des infiltrations facettaires. Une indication opératoire n'était pas retenue.

19. Le 27 août 2015, le Dr G_____ a demandé à la SUVA son accord pour une intervention de dénervation partielle des articulations des membres inférieurs de l'assuré, dès lors que celui-ci pensait que les douleurs du pied étaient beaucoup plus importantes et n'étaient pas liées au rachis. En l'absence de chirurgie des nerfs périphériques ou d'un traitement antalgique, l'état de santé n'allait pas s'améliorer, on devait s'attendre probablement à une dégradation de son état.
20. Le 7 septembre 2015, la SUVA a soumis à son médecin d'arrondissement le dossier pour une appréciation médicale, afin de requérir son avis sur la nouvelle intervention chirurgicale proposée. La doctoresse J_____, spécialiste FMH en chirurgie, a pris contact avec le Dr D_____ qui lui a spécifié que, dans le contexte de l'assuré, multi-opéré et en invalidation chronique, il ne retenait pas d'indication opératoire de dénervation. Cela étant, la Dresse J_____ a nié la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale.
21. Par demande reçue le 6 avril 2016, l'assuré a requis à nouveau les prestations de l'assurance-invalidité, en se prévalant d'une aggravation sous forme d'une hernie discale survenue en 2015.
22. Selon le rapport du 11 mai 2016 du docteur K_____, du centre du dos et neurochirurgie de la Clinique de la Colline, au docteur L_____, généraliste FMH et médecin traitant, l'assuré avait développé depuis son accident des douleurs lombaires axiales, sans irradiation d'aspect radiculaire, avec difficultés à l'endormissement mais sans réveils nocturnes, puis blocage matinal et une exacerbation à la station debout et à la marche. Il prenait quotidiennement du Paracétamol et disait avoir fait de la physiothérapie sans succès. À l'examen clinique, il boitait de la jambe droite, sur appui de deux cannes. Il n'y avait pas de contractures musculaires paravertébrales ni de douleurs à la palpation, à la percussion des épineuses rachidiennes lombaires et à la palpation des articulations ilio-sacrées et des grands trochanters. La mobilité lombaire en flexion, en

extension, en rotation et en inflexion latérale n'était pas limitée. Il y avait des douleurs axiales en fin de course particulièrement en flexion. La sensibilité était préservée dans tous les dermatomes et la force était préservée dans tous les myotomes. Les réflexes étaient retrouvés symétriquement. Les signes de Lasègue et Léri étaient négatifs. Enfin, les articulations coxo-fémorales étaient libres. Selon le Dr K_____, le syndrome vertébral trouvé à l'examen clinique était modéré, sans syndrome irritatif ou déficitaire. La pathologie dégénérative trouvée sur l'IRM était tout à fait banale, avec un canal étroit mais pas rétréci, sans signal inflammatoire aigu. Il y avait aussi une petite hernie discale lombo-sacrée gauche sans répercussion clinique. Partant, il y avait aucune indication chirurgicale, la douleur rachidienne étant la conséquence de la boiterie et d'origine myofasciale. Le traitement devait rester conservateur avec des médicaments antalgiques et la pratique d'exercices de gainage.

23. Dans son rapport du 12 septembre 2016 à l'OAI, le Dr L_____ a indiqué, concernant le traitement actuel, que le cas ne relevait pas de sa compétence et qu'il ne pouvait pas répondre à la question de la capacité de travail, tout en mentionnant qu'il était convaincu que l'assuré ne pouvait plus travailler.
24. Dans un avis médical du 21 juin 2017, la doctoresse M_____ du SMR a constaté que le syndrome vertébral lombaire et ses limitations fonctionnelles avaient déjà été pris en compte dans les précédentes conclusions du SMR en date du 18 mars 2011. La hernie discale n'avait pas de répercussion clinique. Aucun élément médical ne parlait en faveur d'une aggravation de l'état de santé et la capacité de travail restait ainsi entière dans une activité adaptée sédentaire respectant une épargne du rachis et du membre inférieur droit.
25. Par courrier du 10 août 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations de l'assurance-invalidité.
26. Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a confirmé cette décision, en se fondant sur l'avis du SMR. Partant, il fallait retenir que sa décision du 10 juin 2013 restait valable, selon laquelle le degré d'invalidité était inférieur à 40 %. Le droit à une rente n'était ainsi pas donné.
27. Par acte du 26 octobre 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Subsidièrement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvel examen. Il a allégué que son état de santé s'était aggravé par l'apparition d'une hernie discale. Partant, une activité adaptée, même sédentaire, n'était désormais plus réaliste, d'autant moins qu'il était également frappé d'impotence, le rendant incapable de gérer par lui-même les gestes primaires de son quotidien. Sa capacité de gain était tout au plus de 10 %.
28. Dans sa réponse du 15 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, en s'appuyant sur l'appréciation du SMR.

29. Par écriture du 8 janvier 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions, a sollicité une audience de comparution personnelle des parties et a demandé à pouvoir consulter le dossier. Sur le plan de la mobilité fonctionnelle, son état de santé s'était aggravé.
30. Il a joint à son écriture notamment les documents suivants, tout en invitant la chambre de céans de les soumettre à l'intimé pour détermination:
- rapport relatif à une IRM de la colonne lombo-sacrée réalisée le 29 novembre 2017 dont la conclusion est la suivante:

"Examen illustrant une spondylodiscarthrose modérée L3-L4 à L5-S1, présentant une discrète composante inflammatoire au niveau L5-S1 sur des remaniements dégénératifs mixtes de grade Modic I et II, d'évolution favorable par rapport au comparatif datant du 20 mars 2015, avec une résorption complète de la hernie discale L5-S1 gauche luxée vers le bas. Présence d'une protrusion discale focale L5-S1 résiduelle postéro-médiane et paramédiane gauche, venant au contact intime avec la portion récessale de la racine S1 gauche, sans qu'il y ait de franche compression radiculaire objectivable. Le reste du bilan sur la colonne lombaire illustre un canal lombaire étroit modéré prédominant à la hauteur des espaces inter-somatiques L3-L4 et L4-L5 d'origine constitutionnelle et dégénérative, discrètement péjoré au niveau L4-L5 par rapport au comparatif, et une sténose foraminale modérée L5-S1 gauche d'évolution stable. Le reste du bilan sur les articulations sacro-iliaques illustre un remodelé dégénératif modéré prédominant à droite des articulations sacro-iliaques, sans argument radiologique en faveur d'une sacro-iléite notamment du côté gauche."
 - rapport du 30 novembre 2017 du Dr K_____ après cette nouvelle IRM lombaire pratiquée en raison de l'exacerbation d'une lombalgie commune chronique; ce médecin a constaté que l'examen clinique n'était pas inquiétant, la nouvelle IRM étant rassurante, sans évolution notable avec apparition d'une petite hernie L4-L5 médiane sans conflit mais résorption de la hernie L5-S1 gauche; il n'y avait pas d'indication chirurgicale ni une indication pour des infiltrations radio-guidées, si bien qu'il convenait d'adapter la médication et d'effectuer une physiothérapie antalgique, l'idéal étant de corriger la boiterie;
31. Le 11 janvier 2018, la chambre de céans a transmis ces pièces à l'intimé et a accordé au recourant un délai au 2 février suivant pour consulter le dossier et se déterminer à nouveau.
32. Le recourant n'ayant pas fait usage de ce droit, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé, statuant sur le droit à la rente, du 10 juin 2013.
4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue des besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133

V 108 p. 110 ss consid. 5). 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière.

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

5. 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.

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. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

6. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à

50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

7. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir une modification de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
8. 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 351 consid. 3).
9. En l'occurrence, la précédente décision de l'OAI est notamment fondée sur le rapport du 11 mars 2011 du Dr B_____ de la SUVA qui a retenu un status après une arthrodèse sous-astragaliennne consolidée, avec une limitation douloureuse de la mobilité de l'arrière-pied et de la cheville sur un status après arthrodèse sous-astragaliennne, ainsi quelques légers signes irritatifs du genou droit et un syndrome vertébral lombaire modéré, sans manifestation radiculaire. L'exercice de l'activité précédente n'était plus exigible. Elle était toutefois entière dans une activité sédentaire, permettant des changements de position et n'exigeant que de courts déplacements.

Depuis la décision du 10 juin 2013 de l'intimé, le Dr D_____ relève, dans son rapport du 10 septembre 2013, que l'assuré a bien évolué sur le plan radiologique, sept ans après l'arthrodèse. Cependant, il y a une forte discrèpance entre cette évolution et l'évolution clinique qui est assez catastrophique chez un assuré présentant une boiterie à la marche et qui marche avec une canne. La scintigraphie osseuse avec complément tomoscintigraphique ayant démontré une importante réaction autour d'une des deux vis, il propose leur ablation. L'arthrodèse est par ailleurs parfaitement consolidée. L'ablation est pratiquée le 16 octobre 2013 et le Dr D_____ note, dans son rapport du 8 novembre 2013, une bonne évolution.

L'assuré est guéri et la plaie fermée. Néanmoins, il y a toujours la même douleur dans la gouttière externe. Par la suite, le Dr D_____ procède à une infiltration xylocaïne le 19 novembre 2013 qui n'amène aucun résultat. Au contraire, une heure après, l'assuré dit souffrir davantage de douleurs. Selon ce médecin, les mesures diagnostiques pouvant expliquer le syndrome douloureux sont épuisées.

Le 27 janvier 2014, le Dr D_____ note qu'il n'a pas de solution à formuler et que le patient est venu reprendre son dossier pour voir le Dr E_____ au CHUV. Le 8 avril 2014, le Dr D_____ confirme la mauvaise évolution, à savoir des douleurs invalidantes malgré l'arthrodèse fusionnée.

Le Dr E_____ ne retient pas une indication chirurgicale, dans son rapport du 18 février 2015, et adresse le patient au Dr G_____ pour une dénervation sélective de l'arrière-pied, tout en constatant un syndrome douloureux diffus de l'arrière-pied droit et que l'assuré marche avec deux cannes et une boiterie antalgique. L'IRM du 20 mars 2015 met en évidence une hernie discale postérieure et un épanchement dans l'articulation zygapophysaire gauche. Dans le rapport du 26 mai 2015, le Dr G_____ note, outre des douleurs fortes au pied droit (8/10 au repos, la nuit et à la marche), que l'assuré présente également des douleurs dorsales depuis très longtemps.

Toutefois, selon le rapport du 11 mai 2016 du Dr K_____, le syndrome vertébral est modéré, sans syndrome irritatif ou déficitaire. L'IRM ne met en évidence qu'une pathologie dégénérative banale, avec un canal étroit mais pas rétréci, sans signal inflammatoire aigu. Quant à la petite hernie discale lombo-sacrée gauche, elle est sans répercussion clinique. Selon le Dr K_____ la douleur rachidienne est la conséquence de la boiterie et est d'origine myofasciale.

Il est à cet égard également à relever que l'examen clinique du 9 mai 2016 par le Dr K_____ n'a pas révélé une contracture para-vertébrale, ni des douleurs à la palpation et à la percussion des épineuses rachidiennes lombaires, même lors de leur rotation contrariée. Il n'y avait pas non plus de douleurs à la palpation des articulations ilio-sacrées et des grands trochanters. La mobilité lombaire en flexion, extension, rotation et inflexion latérale n'était pas limitée, mais il y avait des douleurs axiales en fin de course particulièrement en flexion. La sensibilité était préservée dans tous les dermatomes, de même que la force dans tous les myotomes. Tous les réflexes étaient présents.

En cours de procédure, une nouvelle IRM lombo-sacrée a été réalisée. Toutefois, selon le rapport du 30 novembre 2017 du Dr K_____, l'examen clinique n'est toujours pas inquiétant et la nouvelle IRM rassurante. Il y a certes une nouvelle petite hernie L4-L5 qui a apparu. Cela est cependant compensé par la résorption de la hernie L5-S1 gauche.

Partant, il sied de constater que ce nouvel examen n'a pas non plus mis en évidence une aggravation, raison pour laquelle la chambre de céans a renoncé à solliciter de

l'intimé de se déterminer sur l'IRM du 29 novembre et le rapport du 30 novembre 2017 du Dr K_____.

Selon le SMR, le syndrome vertébral lombaire et ses limitations fonctionnelles ont déjà été pris en compte dans les précédentes conclusions, si bien qu'aucun élément médical ne parle en faveur d'une aggravation de l'état de santé.

Il y a lieu de se rallier à cet avis du SMR, au vu des conclusions du Dr K_____ et en raison du fait que le recourant se plaignait déjà au moment de la dernière décision de l'OAI de douleurs au dos. Au demeurant, le syndrome vertébral lombaire n'engendre pas d'autres limitations fonctionnelles que celles retenues à l'époque (travail sédentaire sans longs déplacements et avec la possibilité de changement de positions).

Cela étant, il convient de constater qu'aucune aggravation avec répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée n'est survenue depuis la dernière décision de l'OAI. Par conséquent, les conditions d'une révision matérielle ne sont pas réunies, si bien que le refus de prestations du 10 juin 2013 doit être confirmé.

10. Le recourant sollicite son audition. Cependant, dans la mesure où le juge doit se fonder sur des documents médicaux, comme relevé ci-dessus, il ne paraît guère utile d'entendre les plaintes du recourant de vive voix. En effet, celles-ci ne peuvent être prises en considération que si elles sont étayées par des constatations médicales en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Au demeurant, les plaintes du recourant ressortent déjà du dossier, notamment du rapport du 11 mai 2016 du Dr K_____.

Par conséquent, il ne sera pas donné suite à la conclusion du recourant tendant à la tenue d'une audience de comparution personnelle des parties.

11. Cela étant, le recours sera rejeté.
12. Dans la mesure où le recourant succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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