

GE_GERICHTE ATAS/269/2021 vom 29. März 2021

GE Cour de justice, 2021-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_269_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/269/2021 du 29 mars 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/269/2021 del 29 marzo 2021

Erwägungen

E. 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), 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.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 4

a. En vertu des art. 37 al. 1 LPGA et 9 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas. Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (art. 37 al. 3 LPGA). Il en va notamment ainsi des décisions (art. 49 LPGA) et décisions sur opposition (art. 52 al. 2 LPGA). La violation, par l'assureur social, de l'art. 37 al. 3 LPGA n'a pas pour effet de rendre sa communication nulle et non avenue. En revanche, l'assuré peut de bonne foi admettre que son représentant a également reçu l'envoi de l'assureur, de sorte qu'il ne peut subir aucun préjudice lorsque celui-ci avait pour effet de faire courir un délai. Ainsi, la notification d'une décision à l'assuré directement, et non à son représentant, empêche l'écoulement du délai de recours, seule la notification au représentant étant déterminante à cet égard (arrêt du Tribunal fédéral 9C_18/2016 du 7 octobre 2016 consid. 5.3.1).

A/3761/2019 - 17/28 - Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui sert à éviter d'emblée tout doute sur la question de savoir si les communications doivent être notifiées à la partie elle-même ou à son représentant ainsi qu'à établir une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; DTA 2002 n°9 p. 66 consid. 2 ; RAMA 1997 n° U 288, p. 442 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_791/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2). Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de la date

de celle-ci incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une incidence juridique. L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et les références). b. Selon l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Ce même principe est repris en droit cantonal à l'art. 47 LPA. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). c. En l'espèce, l'intimé a adressé sa décision du 17 mai 2019 directement au recourant, omettant ainsi de tenir compte de l'élection de domicile faite en faveur de son avocate. Conformément à la jurisprudence précitée, la notification d'une décision directement à l'assuré, en lieu et place de son représentant, empêche l'écoulement du délai de recours. Partant, en saisissant la chambre de céans par acte du 4 octobre 2019, soit dans les 30 jours à compter de la réception de la décision qui lui a été envoyée le 3 septembre 2019, le recours a été formé en temps utile, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'intimé. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2017, subsidiairement sur le droit à des mesures d'ordre professionnel.

E. 6

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

A/3761/2019 - 18/28 - L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente

réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références).

E. 7

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, mentale ou psychique 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).

E. 8

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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

A/3761/2019 - 19/28 - 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 9

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 10

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

quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

A/3761/2019 - 20/28 - b. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la

A/3761/2019 - 21/28 - fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 Nr. 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).

E. 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).

E. 12

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

A/3761/2019 - 22/28 - 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 des assurances 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 possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

E. 13

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

E. 14

a. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 17 mai 2019, l'intimé a retenu que le recourant présentait une incapacité totale de travail dès le mois d'avril 2014, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité à l'issue du délai d'attente d'un an, soit dès le 1er avril 2015. Toutefois, dès le 7 mars 2017, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, avec une diminution de rendement de 20%, ce qui entraînait la suppression de sa rente avec effet au 1er juillet 2017, trois mois après l'amélioration de son état de santé. Cette appréciation est fondée sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr T_____ du 19 novembre 2018. b. Le recourant s'oppose à la suppression de sa rente au 30 juin 2017 et conteste toute amélioration de son état de santé. À cet égard, il rappelle notamment qu'il a dû se soumettre à une nouvelle intervention chirurgicale.

E. 15

Il convient donc d'examiner si le rapport du Dr T_____ permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les circonstances se sont

A/3761/2019 - 23/28 - effectivement modifiées à compter du mois de mars 2017, de sorte à entraîner la suppression de la rente d'invalidité dès le 1er juillet 2017.

E. 16

La chambre de céans constate d'emblée que si le rapport du Dr T_____ semble, de prime abord, remplir les exigences formelles en matière de valeur probante, il se révèle toutefois imprécis, insuffisamment motivé et confus sur les points essentiels.

E. 17

a. Ainsi, en ce qui concerne les atteintes à la santé ayant des répercussions durables sur la capacité de travail, le Dr T_____ a diagnostiqué, à titre principal, une arthrose de la cheville gauche dans le cadre d'un status après des ostéochondrites et une arthroscopie de la cheville gauche. Il a également mentionné, à titre de diagnostics associés, des troubles statiques des pieds avec un discret hallux valgus bilatéral à prédominance gauche, ainsi que des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après une opération selon Latarjet et une instabilité de l'épaule gauche avec des luxations spontanées récidivantes. b. Au niveau du membre inférieur gauche, la chambre de céans observe en premier lieu que le médecin du SMR ne s'est pas du tout prononcé sur le degré de gravité de l'arthrose. Son diagnostic apparaît pour le moins approximatif au vu des résultats des nombreuses investigations réalisées pour observer l'évolution des lésions. Pour rappel, il ressort des pièces produites que la première IRM a mis en évidence une lésion ostéochondrale du dôme talien avec une macrogéode et une rétraction œdémateuse (cf. rapport du Dr E_____ du 17 décembre 2012). Le recourant a été opéré en avril 2014 (cf. compte-rendu opératoire du Dr G_____ du 17 avril 2014), mais les douleurs et limitations ont persisté. Une IRM réalisée en octobre 2015 a montré une lésion ostéochondrale du dôme talien de caractère actif et probablement instable (cf. rapport du Dr K_____ du 12 octobre 2015). Trois mois plus tard, une nouvelle IRM a mis en exergue une lésion ostéo-cartilagineuse au niveau du dôme talien avec une composante kystique et révélé que la lésion ostéochondrale du coin supéro-médial du talus qui avait été opérée était à nouveau présente, discrètement plus petite qu'en 2013 (cf. rapport de la Dresse M_____ du 29 janvier 2016). Le Dr F_____ a signalé une aggravation de l'état de la cheville avec une péjoration des lésions osseuses, évoquant la nécessité d'une reprise opératoire (cf. rapport du 16 février 2016). Suite à une consultation spécialisée du pied et de la cheville aux HUG, il a été relevé que la dernière IRM confirmait la présence d'une lésion ostéochondrale et permettait également d'observer une autre lésion adjacente. Des examens complémentaires ont alors été prescrits afin de confirmer l'activité des lésions ostéochondrales et cibler le traitement chirurgical éventuel (cf. rapport du Dr N_____ du 2 juin 2016). Lors de la scintigraphie avec Spect-CT effectuée le 20 mai 2016, ont été observées une lésion kystique sous-chondrale du versant postéro-interne du dôme talien, sans défaut cortical, avec une importante sclérose mesurant 6 x 6 mm, une deuxième lésion sous-chondrale, plus médiane, avec un défaut cortical, mesurant 5.3 mm, une micro-anomalie kystique sous-chondrale du dôme talien, et une très discrète sclérose sous-chondrale de la

A/3761/2019 - 24/28 - berge tibiale ; il n'y avait pas de modification arthrosique morphologique significative (cf. rapport de la Dresse O_____ du 23 mai 2016). La dernière IRM a permis de conclure à la stabilité de l'étendue et de la profondeur de l'irrégularité corticale du dôme talien et de l'épaisseur de son revêtement cartilagineux, mais à l'apparition d'un troisième kyste sous chondral depuis 2016 (cf. rapport du Dr Q_____ du 21 septembre 2018). Le Cone beam CT de la cheville a révélé une sclérose et des géodes du dôme médial du talus atteignant environ un tiers de la surface articulaire et des zones de défaut cartilagineux de grade IV, ainsi que des signes de synovite réactionnelle (cf. rapport du Dr S_____ du 25 septembre 2018). La chambre de céans relèvera ensuite

que le Dr T_____ ne s'est pas déterminé en pleine connaissance de la situation actuelle puisqu'il a indiqué que les orthopédistes des HUG « parlaient de la possibilité d'une nouvelle opération », mais ne savaient « pas encore laquelle proposer » (cf. rapport p. 12). Or, lors de la consultation du 6 mai 2016, le Dr N_____ a clairement exposé les propositions de traitement, ajoutant que le point de la situation et la prise en charge seraient discutés après le Spect-CT (cf. rapport du 2 juin 2016). Cet examen a été réalisé le 20 mai 2016 (cf. rapport de la Dresse O_____ du 23 mai 2016), mais le dossier de la cause ne comprend pas de nouveau rapport de la Consultation du pied et de la cheville des HUG. Il est surprenant que le médecin du SMR n'ait pas pris contact avec ce service pour savoir quelle suite avait alors été décidée et obtenir des informations récentes et actualisées. S'il l'avait fait, il aurait probablement appris qu'une nouvelle intervention était prévue puisque le recourant a été convoqué pour une opération quelques mois seulement après la reddition du rapport du SMR (cf. courrier du recourant du 15 avril 2019). c. Au niveau des membres supérieurs, le Dr T_____ ne semble pas avoir été en possession du rapport de la Dresse M_____ du 15 mai 2018 relatif à une échographie des deux épaules. Il n'a en effet ni résumé ce document, ni mentionné les pathologies observées, à savoir une lésion des tendons supra-épineux des deux côtés, non transfixiante à droite et transfixiante à gauche. Que la radiologue ait considéré que l'image échographique était en discordance par rapport à la clinique présentée par le patient est sans pertinence. Il appartenait à l'examinateur de poser des diagnostics complets et précis concernant les atteintes à la santé ayant une influence sur la capacité de travail de l'intéressé.

E. 18

a. S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, le médecin du SMR a retenu que les troubles de la cheville et du pied empêchaient les activités nécessitant de marcher plus de 5 minutes, rester debout plus de 30 minutes, marcher en terrain irrégulier, fléchir les genoux de façon répétée, travailler en hauteur, franchir des escabeaux ou des échelles et régulièrement des escaliers. En outre, les atteintes au niveau des membres supérieurs ne permettaient pas au recourant

A/3761/2019 - 25/28 - d'effectuer des mouvements d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°, ni de lever des charges de plus de 5 kg par membre. Il a conclu à une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle d'apprenti peintre en bâtiment et de 80% dans une activité adaptée depuis le 7 mars 2017 (cf. rapport p. 13). b. La chambre de céans souligne une confusion manifeste entre le taux de la capacité de travail exigible et la diminution de rendement. En effet, le Dr T_____ a expliqué qu'il n'y avait aucune raison biomécanique pour attester d'une « incapacité » de travail de plus de 20%, mais que ce taux était retenu au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutaient et qui conduisaient « fatalement à une baisse de rendement » (cf. rapport p. 11). Il a considéré que l'incapacité de travail était totale, depuis le mois de juin 2013 en tout cas, dans l'activité d'apprenti peintre en bâtiment, mais que dans une activité respectant les restrictions précitées, la capacité de travail était de 80% dès 6 mois après l'intervention de l'épaule droite, soit depuis le 7 mars 2017 (cf. rapport p. 12). Il a conclu son rapport en notant, en gras et en majuscule, que la capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée depuis le 7 mars 2017 (cf. rapport p. 13). L'intimé ne pouvait que constater cette contradiction puisqu'il a choisi de s'écarter des conclusions du rapport pour retenir une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 20%. c. En outre, dès lors que l'examinateur a estimé que l'incapacité de travail était totale dans toute activité

jusqu'au 7 mars 2017, il lui revenait de mettre en évidence les éléments concrets d'un changement de l'état de santé du recourant survenu à cette date. Or, l'amélioration de la capacité de travail retenue suite à l'opération de l'épaule droite le 7 septembre 2016 n'a fait l'objet d'aucune argumentation médicale. Elle apparaît pour le moins critiquable, étant rappelé que le diagnostic « principal » retenu est celui d'arthrose de la cheville gauche, trouble qui engendre les restrictions les plus importantes puisque cette atteinte ne permet, en définitive, qu'un travail en position assise, avec de très courtes stations debout. Si le recourant était en totale incapacité de travail depuis 2013 principalement en raison de ses atteintes à la cheville et au pied gauche, on perçoit mal les motifs permettant de retenir une notable amélioration de sa capacité de travail à six mois de l'intervention de l'épaule droite, ce d'autant plus que les troubles présentés au niveau du pied et de la cheville gauche, lesquels sont les plus incapacitants, se sont continuellement aggravés depuis l'opération de 2014, au point de justifier une nouvelle intervention chirurgicale en 2019. Qui plus est, les limitations fonctionnelles retenues au niveau des membres supérieurs sont identiques pour l'épaule droite, stable depuis l'intervention mais douloureuse et moins mobile, que pour l'épaule gauche, instable avec plusieurs

A/3761/2019 - 26/28 - luxations spontanées. Il est donc surprenant, en présence de restrictions identiques, que le Dr T_____ ait pu conclure à une amélioration de la capacité de travail exigible suite à l'opération de 2016 qui n'a concerné que le membre supérieur droit. d. Enfin, on remarquera encore que l'avis du Dr T_____ quant à l'amélioration de la capacité de travail à six mois de l'intervention de l'épaule est en contradiction avec le rapport du Dr J_____, lequel a suivi le recourant à l'époque litigieuse et clairement attesté d'une totale incapacité de travail, à tout le moins jusqu'au 6 décembre 2017 (cf. rapport du 23 mars 2018). Il incombait donc à l'expert de motiver les raisons pour lesquelles il s'éloignait de l'appréciation du médecin consulté par le recourant au moment des faits déterminants.

E. 19

Enfin, à toutes fins utiles, la chambre de céans remarquera que le rapport du Dr T_____ est discutable sur de nombreux autres points. À titre d'exemples, ce médecin a mentionné une consommation habituelle de substances psychoactives sans évoquer de diagnostics en la matière. Il n'a en outre pas mentionné les effets secondaires du traitement médicamenteux, étant rappelé que le Dr I_____ a fait état de somnolence due à la prise de Gabapentine (cf. rapport du 10 juillet 2018) et que le recourant a rapporté que l'Irfen lui « brouille les idées » (cf. rapport p. 6). Le Dr T_____ a retenu une « bonne intégration sociale » (cf. rapport p. 11), car l'intéressé « va régulièrement manger chez sa grand-mère, chez des amis ou mange des choses toutes prêtes à la Coop. Il fait également, malgré ses douleurs, de la musique avec des amis. Il prend également les transports publics sans problèmes » et a été « capable de partir, il y a deux ans, au Cap-Vert, en avion » (cf. rapport p. 11). En l'absence de toute précision quant à la nature et la fréquence des liens sociaux que l'intéressé entretient et de ses « loisirs », l'appréciation du médecin est peu compréhensible. En effet, le recourant est sans domicile fixe depuis 2016 et hébergé « ici ou là » par des amis (rapport p. 6 et 7). Il n'a pas été en mesure d'achever sa formation et est sans activité depuis 2013. Son seul lien familial semble être celui qui l'unit à sa grand-mère (cf. rapport p. 6 et 7). Qu'il prenne les transports publics semble inévitable au vu de ses limitations fonctionnelles, du fait qu'il n'a pas le permis de conduire (cf. rapport p. 7) et qu'il est contraint de changer régulièrement d'hébergement.

E. 20

Partant, la chambre de céans est d'avis que le rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr T_____ ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. L'intimé ne pouvait donc pas, sur la base de ce document, conclure que l'état de santé du recourant s'était amélioré dès le mois de mars 2017 et que l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, dès le 7 mars 2017.

A/3761/2019 - 27/28 - Par conséquent, il n'était pas fondé à supprimer au 30 juin 2017 la rente accordée au recourant avec effet rétroactif au 1er avril 2015.

E. 21

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise indépendante. Un renvoi se justifie d'autant plus que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé au moment de l'examen final du SMR et qu'une nouvelle intervention a été décidée avant que l'intimé rende sa décision. En outre, l'état de santé du recourant a justifié une opération le 7 octobre 2019 et une arthroïdèse est désormais envisagée (cf. rapport du Dr N_____ du 10 juin 2020).

E. 22

À l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à une rente d'invalidité à partir du 1er juillet 2017, étant rappelé que le droit à une rente entière a été reconnu par l'intimé jusqu'au 30 juin 2017.

E. 23

Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement, la décision du 17 mai 2019 annulée en tant qu'elle supprime le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1er juillet 2017 et confirmée pour le surplus. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants s'agissant de la période courant dès le mois de juillet 2017.

E. 24

Le recourant, représenté par une avocate et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3761/2019 - 28/28 - 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.