

# **GE\_GERICHTE A/2274/2024 vom 18. März 2025**

GE Cour de justice, 2025-03-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2274\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2274_2024)

FR: GE\_GERICHTE A/2274/2024 du 18 mars 2025

IT: GE\_GERICHTE A/2274/2024 del 18 marzo 2025

## **Erwägungen**

### **E. 16**

novembre 2021, le versement des prestations débutait le 1<sup>er</sup> mai 2022. Compte tenu de la capacité de travail raisonnablement exigible de 100% depuis le

### **E. 19**

septembre 2023, il avait procédé à une comparaison des revenus sans invalidité (CHF 101'263.-) et avec invalidité (CHF 65'969.-), révélant une perte de gain de CHF 35'294.- correspondant au taux d'invalidité de 35%, lequel ne permettait plus le droit à une rente. Toutefois, suite à une modification du règlement de l'assurance-invalidité le 1<sup>er</sup> janvier 2024, une déduction forfaitaire de 10% était opérée sur les valeurs statistiques salariales du revenu avec invalidité dans les situations où la personne ne pouvait travailler qu'avec une capacité fonctionnelle dès 51%. Ainsi, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, le calcul du degré d'invalidité devait tenir compte d'un revenu avec invalidité de CHF 59'372.-, de sorte que la perte de gain s'élevait à CHF 41'891.- et le taux d'invalidité à 41%, ouvrant ainsi le droit à une rente de 27.5%. b. Par deux décisions datées du 4 juin 2024, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> mai 2022 au 31 décembre 2023 et à une rente s'élevant à 27.5% d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 41% à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, reprenant les motifs évoqués dans son projet de décision. c. a. Par actes du 4 juillet 2024, l'assuré représenté par le syndicat UNIA, a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre les deux décisions précitées. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation des décisions entreprises et à ce qu'il soit constaté qu'il avait droit à une rente d'invalidité entière. En substance, le recourant a soutenu que la décision de réduire ses prestations sur la base d'un changement d'activité théorique n'était pas réaliste, au vu de son âge, de sa formation, de son expérience et de l'état du marché du travail. Aucune évaluation n'avait été faite pour déterminer le délai d'adaptation nécessaire pour une formation complémentaire ou une reconversion professionnelle. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles majeures qui excluaient la plupart des travaux physiques, ses chances de trouver un emploi étaient pratiquement inexistantes. Il a sollicité de pouvoir compléter son recours. b. Ces recours ont été enregistrés sous les numéros de cause A/2274/2024 et A/2275/2024. c. En date du 7 août 2024, le recourant, représenté par un avocat, a persisté dans ses conclusions. Il a fait grief à l'intimé d'avoir procédé à une instruction incomplète de son dossier, dès lors que le seul avis médical sur lequel il semblait se fonder était l'appréciation du médecin-conseil de la SUVA. Or, au stade de son appréciation, ce médecin s'était prononcé en termes purement théoriques, sans précision quant à des dates ou étapes de reprise. Il avait d'ailleurs reconnu les difficultés que présenterait une réinsertion au vu des lésions subies et relevé la poursuite du traitement au HUG. L'intimé n'avait pas déterminé de façon suffisamment fiable dans quelle mesure il jouissait d'une capacité résiduelle de travail. Compte tenu de son âge, de

son profil et de son état de santé, ainsi que de ses limitations fonctionnelles, sa possibilité de retrouver un emploi était infime. Par ailleurs, les activités « légères » suggérées par le service de réadaptation, tel que la surveillance, le contrôle, le travail à l'établi ou l'activité d'accueil, ne correspondaient vraisemblablement pas à ses restrictions. Il était en outre extrêmement difficile d'imaginer qu'un employeur puisse d'emblée être attiré par son profil et soit d'accord de réaménager le temps de travail à ses diverses limitations. La reprise « théorique » d'une activité adaptée à plein temps et plein rendement apparaissait tout à fait irréaliste, ce d'autant plus sans aucun appui adapté. Sa capacité de gain était ainsi nulle. Enfin, le salaire fixé sur la base de l'enquête suisse des salaires, en tenant compte d'un plein temps et d'un plein rendement, n'était pas réaliste au vu de sa situation. Un abattement plus élevé aurait donc dû être appliqué sur le revenu avec invalidité. d. Par ordonnance du 19 août 2024, la chambre de céans a ordonné la jonction des causes A/2274/2024 et A/2275/2024 sous le numéro A/2274/2024. e. Dans sa réponse du 19 septembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions telles que modifiées dans le cadre de son écriture, à savoir que les décisions du 4 juin 2024 étaient réformées en ce sens que le recourant avait droit, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, à 37.5% d'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 44.85%, arrondi à 45%. Il a soutenu que la situation médicale du recourant était suffisamment stabilisée pour permettre une évaluation assécurologique de son cas et la SUVA avait pris en compte l'ensemble des éléments médicaux pertinents pour déterminer sa capacité de travail. La notion même d'exigibilité était liée à une certaine forme de comportement que l'on était en droit d'attendre d'une personne et la possibilité de gain était déterminée en premier lieu par la capacité de travail résiduelle. Il avait procédé à une nouvelle détermination du degré d'invalidité et tenait désormais compte d'un abattement sur le revenu d'invalidité de 15% en raison de l'âge du recourant, soit 60 ans, des limitations fonctionnelles et dans une moindre mesure de l'ancienneté de 12 ans au moment de l'atteinte, ce qui paraissait conforme au droit. Concernant d'éventuelles mesures de réadaptation, le recourant se contentait de critiquer l'évaluation de manière générale et d'indiquer que les activités citées ne convenaient pas à ses limitations fonctionnelles, sans expliquer en quoi ses restrictions, lesquelles consistaient pour l'essentiel à limiter les déplacements et la station debout prolongée, l'empêcheraient d'exercer les activités suggérées. En outre, il n'avait jamais souhaité bénéficier des mesures proposées, déjà dans le cadre de l'intervention précoce. Il apparaissait donc clairement qu'il ne présentait aucune aptitude subjective à la réadaptation. Son âge ne constituait pas un obstacle insurmontable à sa réinsertion professionnelle et il disposait d'atouts pour retrouver un emploi, dont des compétences de conduite d'équipe, d'organisation de chantier et gestion de commandes et de stock de matériel, selon ses certificats de travail. L'intimé a joint un document relatif à la détermination du degré d'invalidité. f. Dans ses déterminations du 18 octobre 2024, le recourant a entièrement persisté dans ses conclusions. La brève appréciation du médecin de la SUVA ne permettait pas à l'intimé de statuer sur son droit aux prestations, étant rappelé que le Dr F\_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé après une pleine étude du dossier médical, comme l'attestait le fait qu'il avait mentionné se baser sur le rapport de consultation du 13 juillet 2023, les clichés radiologiques du 13 juillet 2023 et l'entretien téléphonique du 28 juillet 2023. En outre, lorsque ce médecin s'était déterminé sur l'exigibilité d'une reprise, il l'avait fait avec précaution, en évoquant les termes « théoriques », « propose », « envisage », et avait relativisé sa position compte tenu d'un contexte qu'il estimait difficile, et il ne datait pas l'éventuelle reprise. Ces éléments menaient à penser que des investigations complémentaires étaient fortement suggérées. De

surcroît, la dernière consultation par le médecin de la SUVA avait eu lieu le 15 mars 2023 et le Dr F\_\_\_\_\_ ne l'avait jamais vu. Il a également relevé que le dossier de l'intimé ne contenait aucun rapport de ses médecins traitants pouvant renseigner de manière complète sur son état et qu'il avait subi une nouvelle lésion traumatique au coude droit suite à une fracture le

### E. 23

avril 2024 ayant entraîné une fracture du coude droit ; - \_\_\_\_\_ une attestation du 17 octobre 2024 de son médecin traitant, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale ; - \_\_\_\_\_ une note de suite du 16 octobre 2024 du docteur H\_\_\_\_\_, médecin au HUG ; - \_\_\_\_\_ des documents relatifs à des recherches d'emplois. g. Le 12 novembre 2024, l'intimé a conclu à ce que la chambre de céans procède à un complément d'instructions. Il a annexé un avis du 8 novembre 2024 de la docteure I\_\_\_\_\_, médecin au SMR, relevant que de nouvelles atteintes étaient présentées, dont un infarctus « NSTEMI » sur occlusion de la circonflexe motivant la pose de stent en août 2021, avec la mise en évidence d'une fraction d'éjection du ventricule gauche légèrement diminuée, une fracture du coude droit en avril 2024 et une atteinte de l'épaule droite présente depuis 2021, en cours d'investigations. Concernant l'infarctus de 2021, cette atteinte entraînait habituellement les limitations suivantes en lien avec le travail de force, le travail en ambiance froide ou très chaude (pas de travail sur les chantiers) et les activités stressantes. Le recourant avait par la suite effectué une réadaptation cardio-vasculaire de niveau II sans complications. En l'absence d'aggravation cardiovasculaire, sa capacité de travail devrait être de 100% dans une activité adaptée aux restrictions cardiovasculaires. S'agissant de la fracture du coude droit, traitée par attelle, en l'absence de complications, elle ne devrait pas entraîner de restrictions durables, mais pour une période limitée de trois à quatre mois environ. Quant à l'atteinte de l'épaule droite, déjà présente lors de l'hospitalisation de 2021 dans les suites de l'accident, elle n'était pas présentée comme inquiétante, avec une mobilité articulaire conservée. La SUVA, dans son rapport final n'avait pas retenu de limitations en relation avec cette affection. Ces atteintes, antérieures à la décision, pourraient entraîner de nouvelles limitations fonctionnelles au niveau du membre supérieur droit et possiblement au niveau cardiologique. Étant donné que des investigations médicales étaient en cours pour le membre supérieur droit, avec une consultation orthopédique aux HUG, il convenait de prendre connaissance du rapport de consultation spécialisée, et demander un avis au cardiologue. h. Copie de cette écriture a été transmise au recourant le 18 novembre 2024. i. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. 1.1 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. 1.2 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. 1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. 2. 2.1 Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les

principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). 2.2 En l'occurrence, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2022, date qui n'est pas contestée, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur. 3. Le litige porte sur le bien-fondé des décisions de l'intimé du 4 juin 2024, singulièrement sur la réduction, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, de la rente d'invalidité entière octroyée dès le 1<sup>er</sup> mai 2022. 4. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 4.1 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, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 125 V 413 consid. 2d et les références). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b). 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 (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la

preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références). Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_231/2016 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 2.1). En revanche, 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 147 V 167 consid. 4.1 et les références). 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 I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 ; 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références). Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références). 4.2 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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. 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 toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

4.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 et la référence ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste 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). 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 ; 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 ; 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 (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du

## **E. 25**

juillet 2018 consid. 4.2). 5. En l'espèce, l'intimé s'est fondé, pour déterminer la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée, sur le rapport du 19 septembre 2023 du Dr F\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA, lequel a estimé que l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de plâtrier peintre, mais qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. La chambre de céans constate d'emblée avec le recourant que cette évaluation a été rendue en tenant compte des seules atteintes à la santé découlant de l'accident du 23 décembre 2020, au cours duquel l'intéressé s'est blessé aux niveaux de la cheville gauche et du genou droit. L'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_, de même d'ailleurs que celle du Dr E\_\_\_\_\_, ne portait manifestement pas sur l'ensemble des troubles dont souffre le recourant. L'intimé ne pouvait donc pas se fonder sur ce seul document pour tirer des conclusions sur sa capacité de travail résiduelle, et partant pour réduire la rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024. Elle observe en second lieu que si l'intimé avait procédé à l'instruction médicale du dossier qui lui incombait, il aurait été informé du fait que le recourant présente plusieurs autres troubles susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles, ce qui est au demeurant admis par le SMR. À cet égard, elle relèvera encore que contrairement à ce que soutient ce dernier, le fait que la SUVA n'ait pas tenu compte des troubles au niveau de l'épaule droite est sans pertinence, puisque cet assureur n'avait pas à se déterminer sur d'autres lésions que celles en lien de causalité avec l'accident du 21 décembre 2020. Il ressort clairement de la note de suite du 16 octobre 2024 du Dr H\_\_\_\_\_ que le recourant présente une lésion de la coiffe des rotateurs depuis 2021 et une fracture du capitellum, lesquelles limitent les activités manuelles, dont le port de charge, ainsi que les mouvements répétés de l'épaule et du coude. D'ailleurs, une consultation spécialisée pour effectuer un bilan de la coiffe, comprenant des examens radiologiques, a été demandée. Le recourant a en outre subi une angioplastie et la pose d'un stent actif le 21 août 2021 suite à un infarctus du myocarde, selon le rapport du 21 octobre 2021 des HUG. Dès lors que la décision litigieuse repose sur une instruction manifestement lacunaire, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède aux investigations qui s'imposent. Il n'appartient en effet pas à la chambre de céans de pallier les carences de l'intimé. Si ce dernier considère, aux termes de son instruction, que le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle exploitable, il conviendra encore d'examiner le droit à des mesures d'ordre professionnel, étant relevé que le recourant les sollicite expressément, quand bien même il avait dans un premier temps refusé les cours de français et la mesure d'orientation proposés. 6. Le recours sera en conséquence partiellement admis, la décision querellée annulée, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Pour le surplus, le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). 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.