RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3761/2019 **ATAS/269/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 mars 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Elodie SKOULIKAS	recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI, Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant cap-verdien né le _____1991, est arrivé en Suisse à l'âge de 13 ans et est titulaire d'un permis C. Au mois d'août 2009, il a débuté un apprentissage de peintre en bâtiment auprès de l'entreprise C_____ Décoration.

2. En 2011, l'assuré a été victime d'un accident et s'est blessé à la cheville gauche en jouant au football.

3. À partir d'août 2012, il a poursuivi son apprentissage au sein de la D_____ Sàrl. Il a été mis au bénéfice de plusieurs incapacités de travail à 100% en 2012 et en 2013, et son contrat a été résilié pour le 28 juin 2013.

4. Par rapport du 17 décembre 2012, le docteur E_____, radiologue, a conclu à une lésion ostéochondrale supéro-interne du dôme talien avec une macrogéode et une importante réaction œdémateuse, suite à une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville gauche pratiquée le 10 décembre 2012.

5. En date du 17 avril 2014, l'assuré s'est soumis à une arthroscopie de la cheville gauche aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

6. Le 2 octobre 2014, l'Hospice général (ci-après : l'hospice) a indiqué à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) que l'assuré ne pouvait plus continuer sa formation de peintre en bâtiment en raison de son état de santé. Il a sollicité une réadaptation professionnelle et lui a transmis le formulaire de demande de prestations, signé par l'intéressé le 16 août 2014 et faisant état de problèmes au pied, au dos et à l'épaule droite.

7. Dans un rapport du 28 octobre 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une ostéochondrite de la cheville gauche et une instabilité de l'épaule droite. Sur le plan anamnestique, il a relevé un choc sur la cheville deux ans auparavant et une opération le 17 avril 2014, ainsi que trois luxations de l'épaule droite. L'activité exercée n'était plus exigible et il y avait une bonne corrélation entre les indications subjectives du patient et les constats objectifs. Les activités uniquement en position debout, dans différentes positions, en position accroupie, s'exerçant principalement en marchant, impliquant de monter sur une échelle ou un échafaudage, de monter des escaliers, d'avoir les bras au-dessus de la tête, ou encore de soulever ou de porter des charges étaient contre-indiquées. Les restrictions pourraient être réduites par des opérations et de la physiothérapie, ce qui permettrait une stabilisation articulaire. Une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue, mais pas avant six mois afin de terminer les suites opératoires. Il était précisé que l'assuré désirait faire une formation d'ingénieur du son.

8. Par rapports des 14 janvier et 16 mars 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatique de l'appareil moteur des

HUG, a indiqué avoir suivi l'assuré entre novembre 2012 et août 2014. Il a notamment diagnostiqué une lésion ostéochondrale du talus gauche et précisé qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable, que le rendement était réduit en raison des douleurs, que la position debout prolongée était difficile, qu'un travail sédentaire était préconisé et que le pronostic était moyen.

9. Dans un avis du 9 juin 2015, le docteur H_____, médecin au service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a retenu que l'assuré présentait une lésion ostéochondrale du pied gauche suite à un accident de 2011 et une instabilité de l'épaule droite. La capacité de travail était nulle dans l'activité prévue de peintre en bâtiment depuis avril 2014, mais totale depuis la fin de l'année 2014 dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles, soit une activité sans marche prolongée, sans station debout prolongée et sans efforts importants de l'épaule droite.

10. Dans un rapport du 15 juillet 2015, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a relevé que l'assuré était encore en train d'effectuer un apprentissage de plâtrier-peintre lors de la survenance de son problème de santé, à la suite d'un accident de 2011, et qu'il avait développé une lésion ostéochondrale du dôme talien. Il y avait eu un retard de diagnostic et c'était finalement en avril 2014 qu'il avait été opéré, avec peu d'amélioration fonctionnelle puisque persistaient de vives douleurs à caractère neuropathique rendant la marche et la station debout prolongée difficiles. L'intéressé souffrait par ailleurs depuis 2013 de luxations récidivantes de l'épaule droite, induisant également des douleurs. En juin 2015, un nouvel épisode de luxation avait eu lieu et une stabilisation chirurgicale était nécessaire. Si une amélioration de la situation clinique était possible, il n'était pas raisonnable de penser qu'elle se résolve totalement et qu'une reprise de la formation soit possible. Une réorientation professionnelle paraissait indispensable. Il appuyait ainsi la demande de prestations AI de son patient dans ce sens.

11. Par décision du 4 septembre 2015, l'OAI a nié les droits de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a considéré que, malgré l'atteinte à la santé qui était incapacitante dans l'activité habituelle à compter du mois d'avril 2014, rien n'empêchait l'intéressé d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1er décembre 2014. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'OAI s'est basé sur un revenu hypothétique fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, dans la mesure où aucun des revenus réalisés jusqu'à ce jour n'était significatif. Il était ainsi superflu de les chiffrer et l'invalidité était nulle. Pour le reste, l'assuré n'avait pas droit au reclassement dans une nouvelle profession, compte tenu du fait qu'il ne subissait pas de manque à gagner.

12. Par acte du 5 octobre 2015, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans contre la décision du 4 septembre 2015, soutenant notamment que l'arrêt prématuré de sa formation avait eu lieu suite aux douleurs du pied gauche causées par l'accident de 2011, douleurs qui avaient empiré entre 2011 et 2014, et que ce n'était qu'au début

de cette année-là qu'un diagnostic correct avait pu être posé. Il a également reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de ses limitations fonctionnelles, d'avoir mal calculé le revenu avec invalidité et omis d'examiner son droit à des mesures de réadaptation autres que le reclassement, notamment une orientation professionnelle ou une formation professionnelle initiale.

13. Dans le cadre de la procédure, l'assuré a notamment produit un rapport établi le 16 février 2016 par le Dr F_____. Ce dernier a relevé que la corrélation entre les douleurs mentionnées par le patient et le tableau clinique était bonne, ajoutant que les douleurs mentionnées correspondaient entièrement aux troubles cliniques. S'agissant de la capacité de travail, il a souligné la difficulté de trouver une activité adaptée pour quelqu'un qui ne pouvait marcher que quelques minutes sans douleurs et souffrait d'une épaule instable. Il a estimé l'incapacité de travail à 50% dans une activité assise sans effort physique. Mais il n'était même pas sûr de ce taux en raison de la faiblesse de l'épaule droite. Il a également ajouté qu'il fallait se rendre au travail, prendre des repas, faire quelques achats, et cela représentait beaucoup de pas et de temps. L'état de la cheville semblait s'aggraver et les dernières investigations montraient une péjoration des lésions osseuses. Une consultation aux HUG avait été sollicitée afin de discuter d'une reprise opératoire de la cheville et d'une stabilisation de l'épaule droite, ce qui pourrait entraîner six à huit mois d'incapacité totale de travail. Il restait encore beaucoup de traitements à envisager avant de pouvoir parler d'un état définitif.

14. Le 3 juillet 2016, l'assuré a subi une nouvelle luxation de l'épaule droite suite à une chute sur cette articulation. Une réduction gléno-humérale antérieure a été pratiquée aux HUG le jour même.

15. En date du 7 septembre 2016, l'assuré s'est soumis à une stabilisation par Latarjet de l'épaule droite en raison d'une instabilité gléno-humérale antéro-inférieure.

16. Par arrêt du 28 novembre 2016 (ATAS/987/2016), la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 4 septembre 2015 en tant qu'elle attribuait à l'assuré un degré d'invalidité nulle et lui refusait la mesure de reclassement. Elle lui a renvoyé le dossier dans le sens des considérants, en particulier pour mise en œuvre du reclassement de l'intéressé. Elle a notamment retenu que l'assuré avait dû interrompre son apprentissage en raison de son état de santé et que les revenus avec et sans invalidité devaient être fixés sur la base des salaires statistiques de l'ESS. Rien ne s'opposait à ce que des salaires médians pour deux catégories professionnelles différentes soient pris en considération, comme admis par la jurisprudence lorsqu'il paraissait indiqué de le faire dans une situation particulière. Ainsi, après comparaison entre le salaire sans invalidité, soit le revenu médian dans le secteur de la construction (CHF 5'430.-) qui était le domaine le plus proche de celui dans lequel l'intéressé accomplissait un apprentissage, et le salaire avec invalidité, soit la médiane du salaire mensuel brut pour des activités de service et des tâches ne nécessitant pas de formation (CHF 4'760.-) qui correspondait très vraisemblablement mieux à une activité tenant compte des limitations physiques et

du genre de reclassement que souhaitait l'assuré, on arriverait à un taux d'invalidité de 12.3%, arrondi à 12%. En comparant la valeur médiane des salaires mensuels relatifs à deux secteurs différents, il était déjà tenu compte du fait que l'assuré, en raison de ses limitations fonctionnelles, ne pourrait plus exercer l'activité lucrative pour laquelle il avait commencé un apprentissage. Ainsi, la prise en compte supplémentaire d'un facteur d'une réduction des salaires statistiques devait être écartée. En revanche, si l'on devait ne pas tenir compte de la première approche (comparaison des salaires par secteurs distincts), une réduction du salaire statistique pourrait intervenir afin de tenir compte des limitations dues au handicap. Dans un tel cas, une réduction de 10% paraissait adéquate. Toutefois, la question de savoir quel taux précis d'invalidité devait être retenu n'était pas déterminante à ce stade car, d'une part, il était apparu en cours de procédure qu'un cinquième épisode de luxation de l'épaule droite était survenu le 7 septembre 2016 et que l'assuré avait été opéré en raison de l'instabilité gléno-humérale antéro-inférieure. D'autre part, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession n'était pas subordonné à la limite des 20% et une telle mesure présentait toutes les chances de succès permettant d'escompter le maintien ou l'amélioration de la capacité de gain de l'assuré.

17. Dans un arrêt du 3 août 2017 (9C_58/2017), le Tribunal fédéral a admis le recours de l'OAI et annulé l'arrêt de la chambre de céans du 28 novembre 2016 en ce sens que l'assuré n'avait pas droit aux mesures de reclassement. Il a en effet constaté que le revenu acquis en dernier lieu par l'assuré durant la formation interrompue était insuffisant pour lui ouvrir le droit aux mesures de reclassement, en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur. Cela étant, il était loisible à l'intéressé de présenter une demande (motivée) à l'OAI visant à être mis au bénéfice d'une mesure de formation.

18. L'OAI a repris l'instruction médicale du dossier.

19. Dans un rapport du 23 mars 2018, le docteur J_____, médecin au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué à l'OAI que son dernier contrôle remontait au 18 septembre 2017, que l'assuré avait été opéré en septembre 2016, que l'incapacité de travail était totale jusqu'au 6 décembre 2017 et l'évolution favorable depuis 2016 avec une diminution de douleurs et des limitations. L'intéressé demeurait limité pour les élévations antérieures. Une reconversion professionnelle était souhaitée.

20. Par rapport du 10 juillet 2018, le Dr I_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un status post cure chirurgicale d'une lésion ostéochondrale du talus gauche avec des douleurs chroniques résiduelles, un status post Latarjet de l'épaule droite avec des douleurs chroniques résiduelles, et une instabilité de l'épaule gauche. Il a indiqué que l'assuré présentait des douleurs à la cheville gauche depuis l'accident de 2011, qui augmentaient en intensité et étendue. En position debout, la cheville gonflait, avec une sensation de pression forte, diffuse dans la cheville et le pied. Les douleurs, présentes au repos, augmentaient à

la mise en charge, à la marche, au moment de l'activité et dans la soirée. L'assuré ne posait donc le poids que sur l'avant du pied. La douleur à la face latérale externe remontait le long de la jambe et irradiait sur le dos du pied, avec des lancées électriques dans les orteils et sous la plante, avec une allodynie. L'assuré relatait une hypersensibilité des points d'entrée opératoires avec une hyperalgésie et une allodynie. Il n'y avait pas de limitation de la mobilité, à l'exception d'un déficit de 10° de l'éversion. L'assuré présentait en outre une instabilité des deux épaules avec des luxations itératives. Il avait été opéré à droite et l'épaule était désormais stable, mais moins mobile et douloureuse, de sorte qu'il n'osait pas se faire opérer à gauche. À gauche, la mobilité était complète, hormis pour la distance pouce – C7 mesurée à 35 cm. Les douleurs étaient signalées dès 70° à l'antépulsion et 150° à l'abduction, et lors des mouvements brusques, avec une sensation d'instabilité. Tous les symptômes variaient en fonction de l'intensité et la durée de l'activité physique. Le patient répondait partiellement à la Gabapentine (3 fois 300 mg/jour), mais ce médicament était mal toléré en raison de somnolence et on ne parvenait pas à l'augmenter. Le traitement comprenait également du Sirdalud (4 mg) en réserve. S'agissant de la capacité de travail, la profession initialement envisagée n'était pas possible, mais le pronostic était favorable dans une activité adaptée. Concernant l'évaluation de la capacité de travail dans une activité tenant compte des atteintes à la santé, une mise en situation semblait utile. Le médecin a également noté, à titre de facteurs faisant obstacle à une réadaptation, de grosses difficultés financières et donc sociales, avec notamment une précarité du logement et des problèmes pour obtenir des contacts avec son assistante sociale, surchargée.

Le Dr I_____ a notamment transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 12 octobre 2015 du docteur K_____, médecin chef de clinique au service de radiologie des HUG, suite à une IRM de la cheville gauche réalisée le jour même et ayant permis de conclure à une lésion ostéochondrale du dôme talien avec un signal liquidien de son bord profond témoignant de son caractère actif et probablement instable ;
- un rapport du 1er décembre 2015 du docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a considéré que son examen du jour était normal et qu'il n'y avait pas d'élément pour une pathologie nerveuse périphérique ; la douleur de la cheville et du pied gauche avait un caractère très mécanique ;
- un rapport du 29 janvier 2016 de la doctoresse M_____, radiologue FMH, faisant suite à une IRM de la cheville gauche réalisée le jour même ; cet examen avait mis en exergue une nouvelle lésion ostéo-cartilagineuse au niveau du dôme talien avec une impression du cartilage et une composante kystique, ainsi qu'une lésion ostéochondrale du coin supéro-médial du talus, à nouveau présente mais discrètement plus petite par rapport à l'examen de 2013 ;
- un rapport du 2 juin 2016 du docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin adjoint

responsable de la consultation du pied et de la cheville aux HUG, mentionnant qu'il avait revu l'assuré le 6 mai 2016 ; les examens radiologiques confirmaient la présence de kystes ostéochondraux au niveau du dôme talien, dont le plus gros n'avait probablement pas été pris en charge lors de la chirurgie de 2014 car il se trouvait dans une zone pratiquement inaccessible ; il avait prescrit des examens complémentaires afin de confirmer l'activité des lésions ostéochondrales et cibler le traitement chirurgical éventuel ; il reverrait le patient à la lumière du Spect-CT afin de faire le point de la situation et décider de la prise en charge ;

- un rapport du 23 mai 2016 de la doctoresse O_____, spécialiste FMH en radiologie et médecin cheffe de clinique au département d'imagerie et sciences de l'information médicale des HUG ; il en ressort que la scintigraphie osseuse avec Spect-CT complémentaire, réalisée le 20 mai 2016, avait mis en évidence une hyperfixation précoce et tardive centrée à la partie médiane de l'articulation tibio-talienne gauche, évoquant une origine mécanique sans franche hyperfixation sur les lésions ostéochondrales du dôme talien ; ont été observées une lésion kystique sous-chondrale du versant postéro-interne du dôme talien, sans défect cortical, avec une importante sclérose mesurant 6 x 6 mm, une deuxième lésion sous-chondrale, plus médiane, avec un défect cortical, mesurant 5.3 mm, une micro-anomalie kystique sous-chondrale du dôme talien, et une très discrète sclérose sous-chondrale de la berge tibiale ; il n'y avait pas de modification arthrosique morphologique significative ;
- un rapport du 12 septembre 2017 de la Dresse O_____ relatif à un scanner de l'épaule droite réalisé le 12 septembre 2017 et ayant permis de conclure à des stigmates post Latarjet avec une consolidation acquise, sans apparition de complication du matériel ;
- un rapport du 15 mai 2018 de la Dresse M_____ suite à une échographie des deux épaules effectuée le jour même en raison d'une suspicion de bursite ou tendinite ; elle a conclu à une lésion des tendons supra-épineux des deux côtés, non transfixiante à droite et transfixiante à gauche, sans rétraction tendineuse ; sans autre anomalie ; elle a noté que l'image échographique était en discordance par rapport à la clinique présentée par le patient.

21. Dans un avis du 16 août 2018, la doctoresse P_____, médecin au SMR, a préconisé d'organiser une expertise rhumatologique, compte tenu de l'absence de rapport de l'orthopédiste de l'assuré qui était parti à la retraite et du fait que le médecin traitant ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée et n'avait pas détaillé les limitations fonctionnelles.

22. Par rapport du 21 septembre 2018, le docteur Q_____, spécialiste FMH en radiologie et médecin chef de clinique au département d'imagerie et sciences de l'information médicale des HUG, a conclu que l'IRM du pied et de la cheville gauche réalisée la veille avait permis de constater la stabilité de l'étendue et de la

profondeur de l'irrégularité corticale du dôme talien, ainsi que de l'épaisseur de son revêtement cartilagineux. En revanche, était notée l'apparition d'un 3ème kyste sous-chondral depuis 2016.

23. Dans un rapport d'arthrographie de la cheville gauche du 25 septembre 2018, la doctoresse R_____, spécialiste FMH en radiologie et médecin cheffe de clinique au département d'imagerie et sciences de l'information médicale des HUG, a relevé que l'examen ne révélait aucune complication immédiate et que l'assuré bénéficierait d'un Cone beam-CT de la cheville gauche.

24. Cet examen a été réalisé le 25 septembre 2018. Dans le rapport y relatif établi le jour même, le docteur S_____, radiologue, a retenu les diagnostics de sclérose et de géodes du dôme médial du talus atteignant environ un tiers de la surface articulaire et des zones de défect cartilagineux de grade IV, sans retentissement sur le cartilage tibial en regard, ainsi que des signes de synovite réactionnelle.

25. Par rapport du 19 novembre 2018, le docteur T_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, médecin SMR, a rendu un rapport final après avoir examiné l'assuré le 12 octobre 2018.

    Il a retenu, à titre de diagnostic principal ayant des répercussions sur la capacité de travail, 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 noté, à titre de diagnostics secondaires avec répercussions sur la capacité de travail, des troubles statiques des pieds avec un discret hallux valgus bilatéral à prédominance gauche, des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après une opération selon Latarjet pour une instabilité de l'épaule, et une instabilité de l'épaule gauche avec des luxations spontanées récidivantes. Il a également signalé, sans répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies et lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis avec une anomalie transitionnelle lombosacrée, et un discret excès pondéral.

    Le médecin a expliqué que l'atteinte à la santé était purement rhumatologique, de sorte que son rapport faisait office de rapport final du SMR. Après avoir résumé les pièces du dossier, présenté une anamnèse familiale, scolaire et professionnelle, puis relaté les plaintes de l'intéressé, ses habitudes et ses attentes vis-à-vis de l'OAI, l'examinateur a livré le résultat de ses constatations objectives et résumé le dossier radiologique, dont la radiographie de la colonne cervicale et lombaire qu'il avait sollicitée.

    Dans son appréciation du cas, le Dr T_____ a relevé que l'assuré avait toujours des douleurs de la cheville gauche au niveau de la malléole externe qui irradiaient vers les trois derniers orteils à gauche, comparables à des décharges électriques, et qui parfois l'empêchaient de plier ses orteils ou étaient accompagnées de tremblements. L'assuré, qui n'arrivait pas à poser son pied gauche en entier en marchant, posait plutôt l'avant-pied gauche et essayait de ne pas plier la cheville, parfois tuméfiée. Les douleurs du pied et de la cheville gauche existaient déjà au

repos, étaient permanentes et augmentaient en position debout et à la marche. Au repos, l'assuré les cotait à 3-4/10 EVA (pour Échelle Visuelle Analogique) et à 6-7/10 EVA dès qu'il marchait 5-10 minutes. Elles rendaient difficile la pratique des escaliers, autant en montée qu'en descente. À la marche, l'intéressé avait l'impression d'une aiguille qui lui piquait la cheville et il présentait alors des lâchages de la cheville gauche. Concernant les épaules, depuis 2011, il avait fait cinq à six luxations spontanées à droite et trois à quatre à gauche. Depuis l'opération de septembre 2016, il n'avait plus d'instabilité à droite et n'avait plus fait de luxation de ce côté, mais la mobilité était diminuée et il avait toujours des douleurs s'il levait le bras au niveau de 90°. Il avait également des douleurs de l'épaule gauche lorsqu'il levait le bras de ce côté. Les douleurs à ce membre augmentaient aux mouvements d'élévation et d'abduction. Une opération lui avait été recommandée, mais il ne l'avait pas encore faite car il était davantage dérangé par son pied et sa cheville gauche. Il se plaignait aussi de douleurs cervicales et lombaires supportables. Il pensait qu'elles provenaient des mauvaises positions prises en raison des douleurs du pied et de la cheville gauche, ainsi que des épaules. Aux status ostéoarticulaire et neurologique, l'assuré déambulait avec une boiterie d'appui du membre inférieur gauche. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons était possible, mais laborieuse sur les talons. L'accroupissement était limité et entrainait des douleurs lombaires et des trois derniers orteils du pied gauche. Le reste du status était parfaitement normal, hormis une hypoesthésie de la face externe du bras droit, peut-être en relation avec les status après l'opération de l'épaule droite. Au plan rachidien, étaient notés de discrets troubles statiques du rachis dorsolombaire. La mobilité des articulations périphériques était bien conservée, hormis la discrète limitation de la mobilité active de l'épaule droite en élévation et abduction, et l'augmentation de la distance pouce-C7 à l'épaule droite par rapport au côté gauche. Au niveau des pieds et des chevilles, la flexion dorsale plantaire de la cheville gauche était de 0/0/25° (contre 5/0/25% à droite). Il y avait des douleurs à la palpation de la région périmalléolaire externe gauche et de la face externe du pied gauche et du tendon d'Achille gauche, avec une tendance aux pieds plats avec de discrets hallux valgus à prédominance gauche. Des interventions étaient discutées aux niveaux de la cheville gauche et de l'épaule gauche, qui pourraient entrainer une amélioration des douleurs.

L'examinateur a relevé que malgré les douleurs évoquées, l'intéressé était encore capable de garder une bonne intégration sociale, même sans domicile fixe, d'aller régulièrement manger chez sa grand-mère, chez des amis ou acheter des plats préparés, et de faire de la musique avec des amis. Il prenait en outre les transports publics et s'était rendu, deux ans auparavant, au Cap-Vert en avion. L'assuré avait des difficultés d'ordre social puisqu'il était à l'hospice, mais présentait des ressources disponibles, étant bien soutenu par certains amis, par ceux qui l'hébergeaient et par sa grand-mère. Il semblait motivé par la reprise d'une activité professionnelle, même s'il ne savait pas vraiment ce qu'il pourrait faire, et semblait par ailleurs bien adhérer à la thérapie. L'examinateur ne notait pas de nets motifs

d'exclusion tels qu'une importante exagération des symptômes ou une importante démonstrativité. Malgré ses consommations toxiques (5-6 cigarettes par jour, 5-6 joints par jour et 1-2 bières par jour), l'assuré ne semblait pas présenter de troubles irréversibles d'un syndrome de dépendance.

S'agissant des limitations fonctionnelles, au niveau du membre inférieur, l'assuré ne devait pas faire de génuflexion répétée, de franchissement d'escabeau ou d'échelle, de franchissement régulier d'escaliers, travailler en hauteur, marcher en terrain irrégulier, tenir la position debout plus de 30 minutes et marcher plus de 5 minutes. Concernant les membres supérieurs, il ne devait pas faire de mouvements d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°, lever des charges de plus de 5kg avec chaque membre supérieur. L'incapacité de travail était totale, au moins depuis son licenciement en juin 2013, dans l'activité d'apprenti peintre en bâtiment. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, soit les problèmes de pied et de cheville gauche, et accessoirement des épaules, la capacité de travail était de 80% depuis le 7 mars 2017, soit six mois après l'intervention de l'épaule droite. Le Dr T_____ a précisé qu'il n'y avait aucune raison biomécanique d'attester une incapacité de travail de plus de 20%. Un tel taux était retenu au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutaient et qui conduisaient fatalement à une baisse de rendement. Il était possible que l'assuré se fasse encore opérer de l'épaule gauche et réopérer du pied et de la cheville gauche, ce qui pourrait améliorer l'instabilité et les douleurs. Dans un tel cas, les mesures de réadaptation pourraient être interrompues en raison de la convalescence nécessitée par le status post opératoire. À long terme, les troubles dégénératifs de la cheville pourraient s'aggraver.

L'examinateur a joint le rapport de la radiographie de la colonne cervicale et lombaire, réalisée le 12 octobre 2018, examen qui n'avait pas révélé de lésion osseuse cervicale, mais mis en exergue une bascule du bassin et un aspect transitionnel de la charnière lombosacrée.

26. Le 30 novembre 2018, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Il a indiqué se baser, pour le revenu avec invalidité, sur l'ESS 2016, actualisé à 2017, tableau TA1, tous secteurs confondus, malgré l'arrêt du 28 novembre 2016, car ce salaire était en faveur de l'intéressé. Ainsi, compte tenu du revenu mensuel de CHF 5'340.- (TA1_tirage_skill_level, homme, niveau 1), soit un montant annualisé de CHF 66'8103.- au vu de la durée hebdomadaire de travail, indexé à CHF 67'102.- pour 2017, et d'une diminution de rendement de 20%, le salaire avec invalidité était fixé à CHF 53'681.-. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 65'160.- selon l'arrêt précité, de sorte que la perte de gain se montait à CHF 11'479.-, correspondant à un degré d'invalidité de 17.62%.

27. En date du 21 décembre 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui accordant une rente entière du 1er avril 2015 au 30 juin 2017. En effet, il ressortait de l'instruction médicale que l'incapacité de travail avait été totale dans l'activité

habituelle dès le mois d'avril 2014, mais que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée à son état de santé dès le 7 mars 2017, avec une diminution de rendement de 20%. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité s'élevait à 17.6%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

28. Le 28 janvier 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a fait valoir qu'il ne pouvait réaliser aucune activité adaptée en raison de ses troubles de la cheville gauche et de l'épaule droite. Il a contesté les conclusions de l'examen rhumatologique du SMR, soutenant que l'amélioration de la capacité de travail dès le 7 mars 2017, soit 6 mois après l'intervention de l'épaule droite, n'était pas plausible, compte tenu du diagnostic principal, soit l'arthrose de la cheville gauche, qui n'était pas liée à l'épaule droite. Il a rappelé que sa cheville le faisait toujours souffrir et qu'il présentait des limitations de mouvements au niveau de l'épaule droite. Son médecin avait attesté que le fait de devoir se déplacer au travail causait des douleurs qui demeuraient ensuite toute la journée et réduiraient de manière importante son rendement, tout comme son traitement médicamenteux qui provoquait des étourdissements. Il sollicitait donc l'octroi d'une rente entière sans limitation dans le temps.

29. Par courrier du 30 janvier 2019, l'OAI a relevé à l'attention de l'assuré qu'il n'apportait aucun élément médical nouveau lui permettant de changer son appréciation et qu'il avait jusqu'au 12 février 2019 pour ce faire. Passé ce délai, une décision sujette à recours lui serait notifiée.

30. Le 14 février 2019, l'OAI a transmis la motivation de sa décision à la Caisse cantonale genevoise de compensation pour calcul des prestations et notification de la décision.

31. Le jour même, il a écrit à l'assuré que la procédure d'audition était terminée et que la Caisse cantonale genevoise de compensation lui ferait parvenir une décision sujette à recours.

32. En date du 15 avril 2019, l'assuré a informé l'OAI qu'une nouvelle intervention chirurgicale de la cheville gauche était prévue pour septembre 2019.

33. Le 16 avril 2019, l'OAI lui a répondu que si cette opération engendrait une incapacité de travail durable, il pourrait déposer une nouvelle demande de prestations.

34. Par décision du 17 mai 2019, notifiée à l'assuré, l'OAI lui a octroyé une rente d'invalidité pour la période du 1er avril 2015 au 30 juin 2017.

35. Le 26 août 2019, l'assuré a transmis à l'OAI une convocation pour l'intervention de la cheville gauche, planifiée le 30 septembre 2019. Il a maintenu que l'appréciation du SMR ne tenait pas compte des troubles liés à cette articulation.

36. Le 28 août 2019, l'OAI lui a répondu que sa décision du 17 mai 2019 était entrée en force, en l'absence de recours, et qu'il lui appartenait de déposer une nouvelle demande de prestations.

37. En date du 2 septembre 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a indiqué à l'OAI qu'il n'avait aucune trace de la décision évoquée et a sollicité copie de la preuve de sa notification.

38. Le 3 septembre 2019, l'OAI lui a communiqué copie de la décision notifiée par la Caisse de compensation le 17 mai 2019 et qui ne lui avait pas été retournée.

39. Le 4 octobre 2019, l'assuré, représenté par son avocate, a recouru auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique et orthopédique, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente entière non limitée dans le temps. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour expertise rhumatologique et orthopédique, et plus subsidiairement encore à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à des mesures de réadaptation sous la forme d'une orientation professionnelle et d'une formation professionnelle initiale.

    Concernant la recevabilité du recours, l'intéressé a relevé que l'intimé n'avait pas respecté l'élection de domicile et que la décision du 17 mai 2019 n'avait pas été communiquée par courrier recommandé, de sorte que son bon acheminement ne pouvait être attesté. Ladite décision avait été notifiée au domicile élu le 11 septembre 2019 seulement.

    Au fond, le recourant a fait grief à l'intimé d'avoir mal apprécié sa capacité de travail dans une activité adaptée. Le médecin du SMR avait tantôt fait référence à une capacité de travail de 80%, tantôt à une diminution de rendement de 20%. Une telle imprécision sur un sujet pourtant central était surprenante et laissait douter de la crédibilité de ce rapport. Les conclusions relatives à l'amélioration de sa capacité de travail dès le mois de mars 2017 ne pouvaient être suivies, dès lors que les douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite après l'opération n'étaient mentionnées qu'à titre de diagnostic associé. On ne voyait pas pourquoi il existerait une amélioration sensible de la capacité de travail lui permettant de réaliser une activité adaptée à 80% alors que le diagnostic principal engendrait des limitations qui étaient reconnues et qui entrainaient une incapacité totale de travail. Le SMR n'avait pas tenu compte du fait qu'un simple déplacement engendrait des douleurs qui demeuraient ensuite présentes toute la journée et réduiraient de manière importante son rendement, tout comme son traitement médicamenteux qui provoquait des étourdissements. En outre, il avait informé l'intimé, avant le prononcé de la décision, de l'intervention future due à la péjoration de son état de santé. Enfin, il était surprenant qu'il ait été examiné par un médecin du SMR, alors que celui-ci avait préconisé une expertise rhumatologique. Il sollicitait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et rhumatologique intégrant l'examen de sa cheville gauche et de ses épaules.

    Subsidiairement, le recourant a fait valoir que l'intimé avait mal calculé sa perte de gain, rappelant que la chambre de céans avait considéré qu'il convenait de tenir

compte du salaire médian dans le secteur de la construction et de le mettre en parallèle avec celui du secteur des services, moins élevé. Elle avait ajouté que si cette méthode de comparaison des revenus en fonction des statistiques plus précises n'était pas retenue, il se justifierait alors de réduire le salaire avec invalidité en fonction d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Elle ne s'était en revanche pas prononcée sur le fait que seule une activité légère demeurait possible. Compte tenu des conclusions du médecin du SMR, qui avait retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, il paraissait justifié de retenir ce taux, de faire abstraction d'une diminution de rendement et de tenir compte d'un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible. Partant, le salaire avec invalidité était au maximum de CHF 45'629.-.

Enfin, il n'avait pas droit aux mesures de reclassement, selon l'arrêt du Tribunal fédéral. Cependant, si la chambre de céans devait lui nier le droit à une rente, il conviendrait de retenir qu'il sollicitait d'autres mesures de réadaptation. Il a rappelé que le Tribunal fédéral avait rappelé qu'il pourrait être mis au bénéfice d'une formation, mais qu'il n'avait jamais eu l'occasion d'en discuter avec l'intimé, ce qui était d'autant plus regrettable qu'il avait toujours souligné sa volonté d'être réadapté au vu de son jeune âge. Si l'intimé refusait d'entrer en matière sur cette question, il sollicitait une audience de comparution personnelle et, selon la position de l'intimé, de pouvoir développer ses écritures à ce propos.

40. Dans sa réponse du 27 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que le rapport du Dr T_____ remplissait les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et que le recourant ne se prévalait pas d'éléments concrets susceptibles de mettre en cause les conclusions de l'expert. Ce dernier avait d'ailleurs relevé que l'analyse de la vie quotidienne du recourant permettait de retenir l'inexistence d'une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie et montrait que les ressources personnelles de l'intéressé étaient préservées. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, les revenus appliqués étaient favorables au recourant. Les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en considération lors de la nouvelle évaluation de sa capacité de travail, soit 100% avec une diminution de rendement de 20%, et ne sauraient l'être une seconde fois en tant que facteur d'abattement. Aucun autre critère n'entrait en ligne de compte pour une réduction. Concernant les mesures de réadaptation, il appartenait à l'intéressé de déposer une demande en démontrant son aptitude subjective à en bénéficier. Aucune requête n'avait été déposée, même après réception du projet de décision, étant rappelé que le recourant sollicitait l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps et l'octroi de mesures de réadaptation « plus subsidiairement ». Enfin, la mise en place d'une expertise s'avérait inutile, dès lors qu'aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, n'aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction médicale.

41. Par écriture du 19 décembre 2019, le recourant a maintenu ses conclusions. S'agissant de ses habitudes, le rapport du SMR ne contenait aucune description de la fréquence à laquelle il se rendait chez sa grand-mère, des amis ou au restaurant. On ne voyait en outre pas en quoi de telles activités, tout comme le fait de prendre les transports publics, permettraient de conclure à des ressources personnelles préservées. De même, le fait qu'il se soit rendu au Cap-Vert deux ans auparavant ne permettait évidemment pas de retenir l'inexistence de limitations uniformes dans toutes les activités de la vie quotidienne. S'agissant des mesures de réadaptation, il était normal qu'il ait pris des conclusions à titre subsidiaire, compte tenu de ses conclusions principales. Il avait souligné souhaiter de telles mesures lors de la précédente procédure et il incombait à l'intimé d'instruire ce point d'office. Il ne pouvait lui être reproché de ne pas avoir sollicité ces mesures puisqu'il ne pouvait préjuger de la décision finale de l'intimé, qui n'avait pas réagi à ses différents courriers de 2019.

42. Le 20 janvier 2020, l'intimé a également persisté. Il a relevé que l'expert avait indiqué que l'atteinte à la cheville gauche engendrait des limitations fonctionnelles non compatibles avec l'ancienne activité, mais qu'une activité adaptée était exigible à 100% avec une baisse de rendement de 20% six mois après l'intervention de l'épaule, en raison du délai de convalescence nécessaire après l'opération. S'agissant de l'abattement, le fait que le recourant ne pouvait exercer que des activités légères ne constituait pas un motif de déduction du salaire statistique.

43. En date du 11 février 2020, le recourant a souligné que l'intimé ne s'était pas prononcé sur les nouveaux éléments médicaux avancés à l'appui de son recours, en particulier l'opération de la cheville, effectuée le 30 septembre 2019.

    Il a transmis les pièces suivantes :

    - le compte-rendu opératoire du 7 octobre 2019, mentionnant le diagnostic de lésion ostéochondrale du dôme médial du talus gauche et l'intervention sous anesthésie générale le 30 septembre 2019 pour une mosaicplastie du talus gauche ; à titre de consignes post-opératoires, ont été prévus un retour à la marche en charge 5 kg pendant 4 semaines, une mobilisation de la cheville dès le 2ème jour post-opératoire, une mobilisation libre du genou, une ablation des fils à 21 jours et un traitement de prophylaxie ;
    - l'avis de sortie du 1er octobre 2019 ;
    - un certificat d'arrêt de travail à 100% du 30 septembre au 10 novembre 2019.

44. Par écriture du 3 mars 2020, l'intimé a notamment relevé que l'intervention au pied gauche ne justifiait pas d'incapacité de travail durable.

    Il a produit un avis du 25 février 2020 de la doctoresse U_____, médecin au SMR, aux termes duquel il ressortait des nouveaux rapports produits par le recourant que, suite à son opération du pied gauche, une incapacité totale de travail de 6 semaines avait été attestée. En l'absence de complications, la reprise d'une activité adaptée

comme décrite dans l'examen clinique au SMR du 12 octobre 2018 devrait donc être possible. Il n'existait pas d'arguments médicaux pour retenir une incapacité totale de travail dans une activité adaptée antérieurement à l'opération. Les derniers documents produits ne modifiaient donc pas l'appréciation du cas, « l'aggravation étant postérieure à la décision ».

45. Le 26 mars 2020, le recourant a exposé que la position du SMR, qui soutenait qu'il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité totale de travail dans une activité adaptée antérieurement à l'opération ou au-delà de 6 semaines, et qui retenait un retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en l'absence de complications, était difficilement soutenable. Il a communiqué les documents suivants :

    - un rapport du 6 février 2020 du Dr N_____, faisant suite à une consultation du 7 janvier 2020 ; en raison d'un retard de cicatrisation, la physiothérapie avait dû être repoussée ; à trois mois de l'opération, le patient se plaignait de douleurs à la station debout après 5 à 10 minutes ; malgré une amélioration générale, le patient demeurait limité au niveau du port de charge et de la mobilité, et il était encore tôt pour se prononcer sur l'évolution et le pronostic ; une reprise de l'activité de peintre était exclue et une réorientation professionnelle était préconisée, dans un domaine plutôt sédentaire ;
    - des certificats médicaux du 6 mars 2020 attestant d'une totale incapacité de travail jusqu'au 19 avril 2020.

46. Par écriture du 15 avril 2020, l'intimé a intégralement maintenu ses conclusions et rappelé que la décision litigieuse avait été rendue le 17 mai 2019 et que c'était la situation médicale qui prévalait alors qui était déterminante pour trancher le litige.

    Il a transmis un rapport de la Dresse U_____ du 14 avril 2020, laquelle a rappelé avoir retenu, dans sa précédente appréciation, une aggravation plausible de l'état de santé en raison d'une nouvelle opération survenue le 30 septembre 2019. Le Dr T_____ avait évoqué qu'une interruption temporaire d'une activité adaptée pourrait être reconnue en cas de nouvelle intervention. Ainsi, le recourant était en incapacité totale de travail depuis le 30 septembre 2019, soit postérieurement à la date de la décision contestée. Cette incapacité de travail ne devrait pas se prolonger dans le temps et l'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne ostéoarticulaire du pied et des épaules, de type sédentaire à 80% demeurait valable à terme.

47. Le 27 mai 2020, le recourant a informé la chambre de céans qu'il s'était rendu à la consultation du service orthopédique des HUG le 26 mai 2020 et qu'une troisième intervention était prévue pour le 20 août 2020, compte tenu de l'augmentation des douleurs depuis la dernière opération.

48. Par rapport du 10 juin 2020, le Dr N_____ a indiqué avoir revu le recourant à sa consultation le 26 mai 2020. L'état clinique n'était pas stabilisé et le patient ressentait même une péjoration, avec des douleurs présentes dès que la station

debout durait plus de 10-15 minutes et le limitaient dans ses activités quotidiennes. L'examen du jour était superposable au dernier réalisé, à savoir une cheville mobilisable à 20-0-10° en flexions plantaire et dorsale, raide. Des douleurs étaient également présentes sur le tiers distal de la cicatrice. Le traitement actuel consistait en de la marche en charge selon les douleurs et des séances de physiothérapie. Une arthrodèse tibio-talienne par voie arthroscopique était évoquée. Une reconversion professionnelle, dans un métier plutôt sédentaire à prédominance assise, sans station debout prolongée ni montée et descente fréquente d'escaliers, était à envisager.

49. Le 6 octobre 2020, le recourant a informé la chambre de céans qu'il serait opéré le 16 novembre 2020.

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), 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. 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.

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).

4. a. En vertu des art. 37 al. 1 LPGA et 9 de la de 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).

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.

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.

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).

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).

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).

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

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).

9. Aux termes de l'art. 88*a* 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.

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).

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

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).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. 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 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).

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).

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.

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

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.

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.

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 apparait 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 défect cortical, avec une importante sclérose mesurant 6 x 6 mm, une deuxième lésion sous-chondrale, plus médiane, avec un défect cortical, mesurant 5.3 mm, une micro-anomalie kystique sous-chondrale du dôme talien, et une très discrète sclérose sous-chondrale de la

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 defect 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.

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

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 acticité 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 acticité 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

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.

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.

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.

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.

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 arthrodèse est désormais envisagée (cf. rapport du Dr N_____ du 10 juin 2020).

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.

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.

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).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 17 mai 2019, au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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