



### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1976 et de nationalité portugaise, a travaillé comme charpentier de septembre 1990 à juillet 1999. Il est arrivé en Suisse en août 1999 et a travaillé principalement comme garçon de cuisine à 100% du 15 septembre 2000 au 28 février 2003, puis en tant que préparateur/livreur à 100% chez un grossiste en poissons dès mars 2003 et employé d'entretien à raison de douze heures par semaine (taux d'activité de 27%) dès le 16 avril 2003.
2. Le 4 octobre 2007, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession. Depuis 2002, il souffrait d'une nécrose aseptique de la hanche gauche et avait subi une ostéotomie du fémur gauche le 2 octobre 2006. Il se trouvait en incapacité de travail depuis cette date.
3. D'après le questionnaire de l'employeur du 6 décembre 2007, l'assuré avait été en arrêt de travail depuis le 30 juin 2006.
4. Selon un rapport du 20 mai 2008 des ateliers de réadaptation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) consécutif à un stage du 9 au 31 juillet 2007, l'assuré ne pourrait certainement pas reprendre son emploi de chauffeur/livreur dès lors que la maîtrise de la force et de la mobilité sur une durée de huit heures était fortement altérée et que les livraisons n'étaient plus possibles en termes de port de charges. Un retour en emploi était actuellement exclu sur le plan médical, dès lors que l'assuré était encore en traitement permanent. Le pronostic à un an était actuellement impossible à poser. À moyen terme, ledit retour se ferait difficilement sans passage par un reclassement professionnel.
5. Dans un rapport du 23 mai 2008, le docteur C\_\_\_\_\_, généraliste FMH, a précisé que l'assuré avait été opéré le 2 octobre 2006 pour une luxation de la tête fémorale gauche. Il avait subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) le 25 janvier 2008. Cette intervention récente nécessitait une longue rééducation. Le métier de magasinier était contre-indiqué. À la scintigraphie osseuse du 25 avril 2008, il y avait un retard de consolidation doublé d'une algodystrophie actuellement traitée.
6. Selon un avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) établi le 9 juin 2008, l'algodystrophie était une atteinte à la santé qui durait environ deux ans. Pendant ce temps, on pouvait considérer que la capacité de travail était nulle. On pourrait prévoir une décision de rente rapidement avec révision à six mois.
7. Par projet d'acceptation de rente du 11 juin 2008 confirmé par décision du 6 octobre 2008, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2007, à l'issue du délai d'attente d'un an, dès lors que son incapacité de travail était totale dans toute activité.

8. Le 20 janvier 2009, l'assuré s'est fait implanter une prothèse de hanche gauche en raison d'une nécrose de la tête fémorale gauche.
9. Le 16 novembre 2009, l'OAI a initié une procédure de révision.
10. Dans le questionnaire pour la révision de la rente qu'il a complété le 23 novembre 2009, l'assuré a précisé que son état de santé était toujours le même et qu'il était sans activité lucrative.
11. Selon le rapport du 4 mars 2010 établi par le docteur D\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'assuré présentait une boiterie qui était principalement due à un manque de proprioception en raison de l'utilisation d'une canne depuis une luxation post-opératoire de la prothèse de hanche gauche (le 30 janvier 2009). Puis, dans son rapport du 11 juin 2010, il a indiqué qu'il y avait toujours une légère boiterie à la marche, mais que la mobilisation s'effectuait sans canne. En position debout, l'appui monopodal gauche était possible. Il persistait des douleurs modérées à la flexion au niveau du pli de l'aîne ainsi qu'à la rotation externe. Au vu de l'évolution tout à fait favorable, il serait bénéfique que l'assuré pût participer à un séjour d'investigations-rééducation à la clinique romande de réadaptation afin d'évaluer une possible réinsertion professionnelle.
12. Par communication du 6 décembre 2010, l'OAI a informé l'assuré que pour évaluer son droit aux prestations, il devait examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail. À cet effet, une évaluation professionnelle était nécessaire et serait effectuée du 29 novembre 2010 au 30 janvier 2011 par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI).
13. Selon le rapport des EPI du 26 janvier 2011, l'assuré a effectué une mesure COPAI du 1<sup>er</sup> au 26 novembre 2010, qui a permis d'observer un rendement ne dépassant pas 60% sur un mi-temps. L'activité retenue en vue d'une réadaptation était celle d'ouvrier à l'établi dans l'industrie, en position assise avec possibilité d'alternances et sans port de charges. À l'issue du stage initial, il avait été proposé une poursuite de la mesure d'instruction dans les ateliers de réentraînement des EPI afin de vérifier la possibilité d'améliorer le rendement et de débiter ladite mesure par quatre heures par jour, à raison de quatre jours par semaine. L'assuré avait commencé son stage en atelier le 29 novembre 2010. En raison d'une augmentation des douleurs ressenties depuis quelques temps au niveau de la jambe droite, son médecin avait fait des examens qui mettaient en évidence une inflammation de la hanche droite et avait établi un certificat médical d'arrêt total dès le 8 décembre 2010. Par conséquent, il avait été décidé de mettre fin à la mesure en date du 19 janvier 2011. Les résultats du stage au 13 janvier 2011 mettaient en évidence d'importantes difficultés à maintenir les positions de travail. L'assuré possédait une bonne habileté manuelle. Sa résistance physique était jugée plutôt faible, malgré l'aménagement de l'horaire de travail. Le rendement observé était de 65% eu égard aux pauses fréquentes afin de bouger la jambe.

14. Par communication du 16 mars 2012, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du docteur E\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH.
15. Dans son rapport d'expertise du 7 juillet 2012 consécutif à son examen du 12 juin 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un status à bientôt six ans d'une ostéotomie extra-articulaire du col fémoral gauche pour ostéonécrose aseptique de la tête fémorale, un status quatre ans et demi après l'AMO, un status deux ans après la mise en place d'une prothèse de hanche gauche non cimentée, une coxarthrose droite débutante et des discopathies lombaires étagées (de L1 à S1), discrètes à modérées. Le bilan objectif était favorable. Sur le plan clinique, les amplitudes post prothèse de hanche gauche étaient tout à fait acceptables et il n'y avait pas d'obstacle mécanique franc de ladite hanche. En revanche, le tableau subjectif était surchargé. Cette discordance pourrait expliquer la présence de quelques éléments de non organicité. L'assuré devait être capable de travailler dans une activité alternant les positions assis-debout, mais privilégiant les positions assises, avec un rendement normal, voire proche de la norme. Les limitations fonctionnelles avaient trait aux positions statiques (assises) qui ne devaient pas dépasser une heure à une heure trente à la fois, aux positions debout prolongées limitées de quinze à trente minutes à la fois, aux positions en porte-à-faux du tronc qui étaient à proscrire, aux charges portées sur quelques dizaines de mètres qui ne devaient pas dépasser les 7,5 kg, à la montée sur les échafaudages ou échelles et à la marche en terrain inégal, ainsi qu'aux positions accroupies ou à genoux. L'assuré avait une capacité de travail dérisoire, voire nulle et définitive en tant qu'ouvrier, ébéniste et garçon de café. Par contre, il pouvait travailler dans le domaine informatique ou bureautique, éventuellement celui de la micro-technique ou de la micro-soudure ou comme contrôleur ou représentant (y compris livreur d'objets légers), à un taux d'activité de 90%, le 10% restant étant réservé à des moments de repos durant la journée, éventuellement à une pause prolongée à la mi-journée.
16. Par communication du 18 juin 2013, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle auprès des EPI du 2 septembre 2013 au 1<sup>er</sup> décembre 2013.
17. D'après un rapport d'IMR des articulations coxo-fémorales du 7 octobre 2013, il existait un status post-prothèse de la hanche gauche provoquant de multiples artéfacts et un aspect relativement atrophié du muscle fessier gauche avec altération de son signal traduisant un remaniement fibreux. Ceci était associé à des fragments osseux dans la partie antérieure et supérieure au voisinage du grand trochanter gauche.
18. Selon le rapport des EPI du 28 novembre 2013, l'assuré a effectué une mesure d'orientation professionnelle du 2 septembre au 31 octobre 2013. Malgré son bon engagement durant la mesure, une détérioration de son état de santé était survenue et avait entraîné un arrêt de travail à 100% du 30 septembre au 6 octobre 2013, puis à 50% du 9 au 31 octobre 2013. Dans ce contexte, un placement en atelier de réentraînement à un taux de présence de 50% avait été mis en place dès le

21 octobre 2013 qui permettait de conclure qu'actuellement, au vu de ses capacités essentiellement physiques et affectives, l'assuré n'était pas en mesure d'intégrer le marché économique ordinaire, même dans une activité simple, légère et répétitive, avec possibilité d'alterner les positions toutes les demi-heures. Il était difficile d'anticiper ses futures capacités physiques. Les orientations envisageables étaient ouvrier d'usine, à l'établi, de tri et de conditionnement.

19. Dans un rapport du 11 avril 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 16 janvier 2014. Il avait procédé, le 14 février 2014, à une arthrographie et à une bursographie trochantérienne de la hanche gauche qui avaient montré une cavité articulaire serrée, mais sans communication avec la bourse pré-trochantérienne. Il avait pratiqué une infiltration au niveau de l'apex trochanter le 26 mars 2014, qui avait eu un très bon effet sur les douleurs. Si l'évolution n'était pas favorable, il fallait envisager une reprise chirurgicale avec éventuellement une plastie du tendon du grand fessier.
20. Le 5 février 2016, l'assuré a été examiné par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi que médecin du SMR. Dans son rapport du 15 février 2016, ce dernier a diagnostiqué avec répercussion durable sur la capacité de travail, des douleurs chroniques de la hanche gauche dans le cadre d'un status après prothèse totale de hanche et d'ossifications hétérotopiques de grade II ainsi qu'une fracture sous-chondrale de la tête fémorale droite. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des lombalgies intermittentes dans le cadre d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une arthrose des articulations postérieures, des séquelles de maladie de Scheuermann et une arthrose débutante de la hanche droite. Par rapport à l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'aggravation à la hanche gauche. Les ossifications hétérotopiques étaient une complication connue après la mise en place d'une prothèse totale de hanche. Chez l'assuré, elles étaient de petite taille et les rapports de scintigraphie et de tomoscintigraphie du 21 avril 2014 indiquaient qu'elles étaient quasi inactives. Ces calcifications pouvaient provoquer des douleurs, mais malgré celles-ci, l'assuré gardait une bonne mobilité, notamment se déplaçait fréquemment à l'école (cinq minutes à pied) pour conduire ou ramener ses enfants. Les différents contrôles radiologiques ne montraient pas de signes de descellement ou d'instabilité de la prothèse. Au vu de la situation actuelle de la hanche gauche, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_, soit une incapacité de travail totale dans les activités contraignantes pour la hanche et une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée. Toutefois, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé récemment à la suite d'une fracture atraumatique de la tête fémorale droite. Cette fracture nécessitait une période de repos et de décharge complète du membre inférieur droit pendant une durée d'au moins six semaines. À partir de l'IRM du 29 janvier 2016 qui diagnostiquait ladite fracture, il y avait lieu de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité. L'assuré suivait depuis de nombreuses années un traitement à base de médicaments provoquant des effets

indésirables sous forme d'ostéopénie. L'examineur proposait au médecin traitant d'effectuer un bilan phosphocalcique et d'organiser une densitométrie osseuse à la recherche d'une ostéoporose pouvant favoriser la survenue de fractures. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence de position assise au-delà d'une heure trente, de position debout au-delà de trente minutes, de marche au-delà d'une heure, de port de charges au-delà de 7,5 kg, de posture en porte-à-faux, d'activité provoquant des impacts sur la hanche et d'activité en zone basse. Depuis le 29 janvier 2016, la capacité de travail exigible était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

21. Dans un rapport du 20 juillet 2016 consécutif à sa consultation du 18 juillet 2016, le docteur H\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a précisé qu'il s'agissait d'un contrôle à quatre mois de la mise en place d'une prothèse de hanche à droite. L'évolution était tout à fait favorable et l'assuré ne se plaignait d'aucune douleur. À la radiographie du jour, les implants étaient bien en place et il n'y avait pas de signe de descellement précoce. Une IRM effectuée le 22 juin 2016 montrait d'une part, la présence d'œdèmes osseux au niveau du condyle fémoral interne droit faisant penser à une ostéonécrose et d'autre part, une thrombose de la veine du poplité.
22. Dans un avis du 31 mars 2017, le SMR a considéré que l'atteinte des hanches gauche et droite était stabilisée depuis respectivement les 12 juin 2012 et 18 juillet 2016, avec des limitations fonctionnelles résiduelles du côté gauche. Depuis mai 2016, il existait une nouvelle atteinte touchant le genou droit qui était en cours d'investigation et qui justifiait la poursuite d'une incapacité de travail totale dans toute activité.
23. Selon un rapport établi le 3 juillet 2017 par le docteur I\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'assuré avait bénéficié pour la nécrose aseptique du condyle fémoral interne droit d'un traitement conservateur jusqu'au 3 février 2017 avec évolution favorable. En raison des nécroses osseuses aseptiques multiples, il avait également été adressé à la consultation de rhumatologie des HUG qui avait mis en évidence des lésions compatibles avec un lupus timidus et une hypovitaminose D3 importante. Au niveau du genou, la mobilité était complète, mais on notait une nette amyotrophie de tout le membre inférieur droit.
24. Par communication du 14 novembre 2017, l'OAI a confié un mandat d'expertise orthopédique au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il a transmis à l'assuré le questionnaire destiné à l'expert et lui a accordé un délai pour lui faire part de questions complémentaires ainsi que d'éventuels motifs pertinents de récusation.
25. Dans son rapport d'expertise du 14 février 2018 consécutif à son examen du 18 janvier 2018, le Dr J\_\_\_\_\_ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, une nécrose aseptique de hanche gauche avec status post-ostéotomie de décharge de

la zone atteinte puis prothèse totale de hanche gauche puis luxation de ladite prothèse depuis 2006, une persistance d'une incompetence voire d'une désinsertion du moyen fessier de la hanche gauche, une ostéonécrose de hanche droite avec status après prothèse totale de hanche droite d'évolution favorable depuis 2016 et une nécrose aseptique du condyle interne du fémur droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des lombalgies. L'assuré se plaignait essentiellement de douleurs résiduelles importantes de la racine de son membre inférieur gauche qui entraînaient une importante boiterie, une limitation des déplacements et des besoins fréquents de changements de position. À l'examen, l'expert a principalement constaté un appui monopodal gauche pratiquement exclu, une importante atrophie du tissu sous-cutané et de la masse musculaire sous-jacente en arrière du grand trochanter, un petit épanchement aux genoux, une abduction active du membre inférieur gauche en décubitus latéral droit exclue en raison des douleurs et du manque de force. L'assuré n'avait plus de capacité de travail dans l'activité habituelle depuis 2006, mais, depuis la date de ladite expertise, une activité professionnelle alternant les positions assises et debout avec des petits déplacements était possible sans port de charges, de sorte que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Celles-ci consistaient en un déplacement que de façon très réduite et une position assise limitée dans le temps. L'accroupissement ainsi que l'agenouillement étaient exclus, de même que la montée aux échelles. La montée d'escaliers était extrêmement limitée. Il était assez difficile d'établir un rapport objectif entre la quantité de douleurs et la possibilité d'une activité professionnelle. L'expert pensait que l'activité adaptée pouvait être effectuée à plein temps s'il y avait une alternance assise et debout avec de petits déplacements. Si le poste était véritablement bien adapté, il n'y avait pas de diminution du rendement. Il pouvait se rallier aux limitations fixées par le Dr E\_\_\_\_\_. Depuis 2006, le degré d'incapacité de travail s'était plutôt aggravé.

26. Dans un rapport final du 15 mars 2018, le SMR a retenu les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_. En définitive, l'assuré avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 29 janvier 2016, mais – après avoir été de 0% du 2 octobre 2006 au 11 juin 2012, de 90% du 12 juin 2012 au 28 janvier 2016, puis à nouveau de 0% du 29 janvier 2016 au 24 avril 2017 – sa capacité de travail était entière dès le 25 avril 2017, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Celles-ci consistaient à éviter les positions assises (une heure à une heure trente au maximum) et debout prolongées (quinze à trente minutes au maximum), les positions accroupies et à genoux, le port de charges de plus de 10 kg, la marche prolongée, la marche sur terrain irrégulier, la montée sur échelles, échafaudages et escaliers, ainsi qu'à devoir alterner les positions assises et debout avec de petits déplacements.
27. Par projet de décision du 21 août 2018, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité. Il a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était notablement amélioré depuis la

---

décision initiale de rente. D'après les éléments médicaux en sa possession, notamment le rapport d'expertise du 18 janvier 2018 et le rapport du SMR, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles. Il résultait de la comparaison des revenus en 2016, soit celui sans invalidité de CHF 64'083.- avec celui d'invalidité de CHF 60'320.-, établi sur une base statistique en 2014 et après abattement de 10% eu égard aux limitations fonctionnelles, une perte de gain de CHF 3'763.-, respectivement un degré d'invalidité arrondi à 6%. Ce taux étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteignait et un reclassement ne permettrait pas de sauvegarder ou améliorer de manière notable sa capacité de gain.

28. Par courrier du 19 septembre 2018, désormais représenté par un avocat, l'assuré a fait part de ses objections. Il a considéré que les conditions d'une révision de rente n'étaient pas réalisées et que le projet ne mentionnait pas en quoi consistaient les nouveaux éléments objectifs justifiant la révision de la rente. Le rapport d'expertise ne faisait état d'aucune amélioration de son état de santé depuis 2006, mais au contraire d'une situation plutôt aggravée. Au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, il n'y avait pas de modification de sa capacité de gain. Le rapport d'expertise était particulièrement lacunaire sur ce point en tant qu'il ne faisait que reprendre les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_, sans toutefois justifier sa différence de point de vue, notamment quant au rendement. Ledit rapport ne tenait pas compte du rapport du SMR du 5 février 2016 qui retenait une capacité de travail de 0% y compris dans une activité adaptée et n'expliquait pas en quoi il faudrait s'écarter des conclusions du SMR. En définitive, l'OAI ne faisait que procéder à une nouvelle appréciation de son cas.
29. Par décision du 10 octobre 2018 indiquant qu'un recours n'aurait pas d'effet suspensif, l'OAI a confirmé sa position et a supprimé la rente dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de cette décision.
30. Par acte du 6 novembre 2018, l'assuré a recouru contre cette décision. Préalablement, il a conclu à la restitution de l'effet suspensif à son recours ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et d'une mesure d'observations professionnelles judiciaires. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision du 10 octobre 2018 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens. Il a répété les arguments exposés dans son courrier du 19 septembre 2018. En outre, il a fait grief à l'intimé d'avoir instruit le dossier de façon lacunaire en s'appuyant sur des expertises qui n'avaient pas de valeur probante. En effet, l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ n'avait plus de valeur probante dès lors qu'elle se basait sur une situation médicale ancienne, ne tenait pas compte que depuis 2016 il possédait également une prothèse de hanche à droite et que ses conclusions relatives à la capacité de travail avaient été contredites dans les faits. Quant à l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_, elle n'était pas motivée et elle reprenait les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ alors que le recourant est désormais sous prise constante de morphine et qu'il était également porteur d'une prothèse de hanche à

droite. Elle se basait de plus sur la prémisse erronée qu'il ne prendrait pas régulièrement de médicaments contre la douleur. L'intimé aurait dû mettre en place une mesure d'observation professionnelle afin de déterminer concrètement ses possibilités de réinsertion dans le circuit économique ordinaire. Par ailleurs, la détermination de son taux d'activité ne tenait pas compte d'un abattement sur le revenu avec invalidité, de sa baisse de rendement et d'une capacité de travail de 50% au maximum dans un milieu protégé. Une telle activité ne lui procurerait aucun revenu susceptible d'être pris en considération, de sorte qu'il n'existait aucun motif de révision.

Il a produit dans la procédure divers rapports médicaux, notamment un rapport du docteur K\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, daté du 9 juillet 2018 et un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2018.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a rappelé que le recourant était connu pour un lupus systémique avec ostéonécrose de la tête fémorale bilatérale pour laquelle il avait bénéficié d'une prothèse totale de hanche à droite en avril 2016 et à gauche en 2009. Le recourant décrivait actuellement des douleurs stables, sous traitement antalgique d'Oxycodone, apparaissant à la marche, en position assise prolongée, causant des réveils nocturnes et rendant la montée des escaliers difficiles. À l'examen clinique, la hanche gauche était douloureuse au niveau du grand trochanter. La physiothérapie n'avait pas apporté d'amélioration à ces douleurs chroniques au niveau de la hanche gauche, mais une infiltration avait amené une discrète amélioration. Le Dr K\_\_\_\_\_ proposait d'effectuer une seconde infiltration de corticostéroïdes. En cas de persistance des douleurs, une nouvelle IRM pourrait être réalisée afin de réévaluer cette prothèse.

Le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé que la situation du recourant depuis 2008 était plutôt stable mais avec une chronicisation définitive douloureuse (à noter dans les antécédents familiaux que son frère était également porteur d'une prothèse totale de hanche et devait être réopéré). Les limitations avec douleur fonctionnelle concernaient plusieurs articulations, à savoir le rachis lombaire avec discopathie L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une arthrose des articulations postérieures qui limitaient la flexion/rotation, la hanche droite avec une arthrose débutante et les jambes avec un appui unipodal difficile. La hanche gauche était douloureuse à la rotation interne à 10° ainsi qu'externe à 30° et présentait une limitation de flexion à 90°. À la hanche droite, il y avait une coxarthrose avec des amplitudes douloureuses. Le recourant présentait un handicap majeur pour le travail dès lors qu'il n'avait pas de formation, ne pouvait pas exercer d'activité physique et était donc inapte à son activité antérieure. Dans une activité adaptée, il devrait alterner les positions et ne pas dépasser un taux de 50%.

31. Dans sa réponse du 3 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le droit à la rente avait été accordé initialement en raison d'une incapacité de travail nulle dans toute activité due à une algoneurodystrophie.

L'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ montrait une amélioration de l'état de santé dès lors que l'algoneurodystrophie avait disparu. À la suite de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, le SMR avait retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, du 2 octobre 2006 à fin mai 2012 et de 90% dès juin 2012 au 28 janvier 2016. Eu égard à la fracture atraumatique sous-chondrale de la tête fémorale droite compliquée d'une coxarthrose droite qui avait motivé la mise en place d'une prothèse de hanche droite en mars 2016, la capacité de travail avait été nulle dans toute activité du 29 janvier 2016 au 24 avril 2017. S'agissant de l'abattement, le taux de 10% retenu à ce titre tenait suffisamment compte de la situation du recourant. La situation médicale et économique du recourant avait été parfaitement élucidée, de sorte que l'intimé avait supprimé le droit à la rente à juste titre.

Il a produit dans la procédure un avis du SMR daté du 28 novembre 2018. Selon ce dernier, le SMR avait estimé dans son rapport du 9 juin 2008 que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité en raison d'une algoneurodystrophie et proposait une révision à six mois. Puis, dans son avis du 27 juillet 2010, il avait considéré qu'il y avait une amélioration de l'état de santé permettant la reprise d'une activité adaptée. La consultation de rhumatologie du 25 avril 2017 avait montré une amélioration des douleurs et de la mobilité du genou droit, raison pour laquelle la capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis lors. Les pièces médicales versées dans le cadre du recours ne modifiaient pas cette évaluation.

32. Par arrêt incident du 7 décembre 2018 (ATAS/1131/2018), la chambre des assurances sociales a refusé de restituer l'effet suspensif au recours et a réservé la suite de la procédure. Elle a considéré qu'il n'apparaissait pas à un degré de probabilité suffisant que le recourant obtiendrait gain de cause et que l'intérêt de l'intimé à ne plus verser une rente depuis décembre 2018 était prépondérant.
33. Dans sa réplique du 14 janvier 2019, le recourant a relevé que l'intimé fondait l'existence de prétendues modifications de son état de santé et des conséquences sur sa capacité de gain sur la base d'appréciations divergentes, ce qui ne remplissait pas les conditions légales d'une révision de rente. Au cas où la chambre de céans admettrait l'existence d'un motif de révision de rente, il sollicitait l'audition du Dr C\_\_\_\_\_ et du professeur L\_\_\_\_\_, chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. À titre plus subsidiaire, il s'étonnait d'apprendre que l'intimé aurait initié une procédure de révision en novembre 2009, soit il y avait presque dix ans. Dans un tel cas, il convenait selon la jurisprudence de mettre en œuvre des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle. De plus, la capacité de travail résiduelle ne pourrait pas être évaluée avant l'exécution des mesures de réadaptation professionnelle. Le recourant a confirmé ses conclusions précédentes.
34. Dans sa duplique du 30 janvier 2019, l'intimé a indiqué qu'il n'avait pas de remarques supplémentaires à formuler. Il a répété qu'il existait un motif de révision

et que l'instruction du dossier permettait de statuer sur la capacité de travail du recourant. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.

35. Dans son écriture du 6 février 2019, le recourant a renoncé à s'exprimer de manière complémentaire.
36. Le 8 février 2019, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé.

### **EN DROIT**

1. Dans l'arrêt incident du 7 décembre 2018, les questions de la recevabilité formelle et matérielle du recours ont déjà été tranchées, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.
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 litige porte sur le bien-fondé de la suppression, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité – accordée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007 – avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2018.
4. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

5. a. 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 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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. 28 al. 2 LAI).

b. 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).

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour

quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. 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 LPG), 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).

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.

c. 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).

d. 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).

e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

f. 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).

g. 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).

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

h. 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 52; 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).

7. 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).
8. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Une communication, au sens de l'art. 74<sup>ter</sup> let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les références).
9. En l'espèce, pour déterminer si et depuis quand le degré d'invalidité s'est modifié notablement au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits existant au moment de la décision initiale de rente entière d'invalidité du 6 octobre 2008, entrée en force, avec les circonstances fondant la décision litigieuse du 10 octobre 2018.
  - a. Lors de la décision initiale d'octroi de rente, le recourant souffrait d'une ostéonécrose de la tête fémorale gauche qui avait nécessité une ostéotomie fémorale le 2 octobre 2006, puis une AMO le 25 janvier 2008. Un retard de consolidation doublé d'une algoneurodystrophie s'étaient développés et avaient été mis en

évidence par la scintigraphie osseuse du 25 avril 2008. Selon l'avis SMR du 9 juin 2008, la rente entière d'invalidité avait été accordée en raison de l'algodystrophie, soit une atteinte à la santé qui durait deux ans.

La décision litigieuse repose d'un point de vue médical notamment sur le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ du 14 février 2018 qui renvoie au rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2012 s'agissant des limitations fonctionnelles. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ a une valeur probante.

Le recourant conteste une telle valeur probante en tant que ladite expertise se base sur une prémisse erronée et qu'elle n'est pas motivée quant à la capacité de travail. En revanche, il ne conteste pas les diagnostics retenus si ce n'est qu'il considère que le diagnostic de lombalgies est incapacitant. À l'appui de son recours, il produit notamment les rapports du Dr K\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2018 et du Dr C\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2018. Bien que ces rapports soient postérieurs à la décision litigieuse, il y a néanmoins lieu d'en tenir compte pour apprécier la situation médicale du recourant jusqu'à la date de la décision litigieuse puisque les constatations de ces médecins concernent pour l'essentiel des faits antérieurs à la décision administrative et de nature à influencer l'appréciation de la légalité de ladite décision (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1).

b. Dans son rapport d'expertise du 14 février 2018, le Dr J\_\_\_\_\_ diagnostique avec incidence sur la capacité de travail, une nécrose aseptique de la hanche gauche – avec status post-ostéotomie de décharge de la zone atteinte puis prothèse totale de hanche gauche puis luxation de ladite prothèse – présente depuis 2006, une persistance d'une incompetence voire d'une désinsertion du moyen fessier de la hanche gauche, une ostéonécrose de la hanche droite avec status après prothèse totale de hanche droite d'évolution favorable depuis 2016 et une nécrose aseptique du condyle interne du fémur droit. Sans incidence sur la capacité de travail, il diagnostique des lombalgies. S'agissant des lombalgies fluctuantes, le recourant a précisé à l'expert qu'à elles seules, elles ne l'empêcheraient vraisemblablement pas de travailler, de sorte que c'est à juste titre que le Dr J\_\_\_\_\_ les a considérées comme non incapacitantes. Bien que le Dr I\_\_\_\_\_ fasse état dans son rapport du 3 juillet 2017 de lésions compatibles avec un lupus tumidus et une hypovitaminose, l'expert se limite à évoquer ces diagnostics, précisant qu'il est « incompetent pour en dire plus ». Or, dans la mesure où le lupus systémique, dont le diagnostic a été confirmé par le Dr K\_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 juillet 2018, est une maladie auto-immune inflammatoire qui peut provoquer des douleurs articulaires (cf. <https://www.santeromande.ch/Structure/C17.300.480.html>) et expliquer les diverses atteintes articulaires dont souffre le recourant, la question se pose de la pertinence du choix par l'intimé de la spécialisation de l'expert. De plus, une expertise a pour but d'apprécier toutes les atteintes de l'assuré afin d'évaluer en pleine connaissance de cause leurs effets sur sa capacité de travail. Par conséquent, il est

incompréhensible que l'expert n'ait pas proposé à l'intimé de procéder à une expertise bidisciplinaire orthopédique et rhumatologique, voire ait requis un consilium auprès d'un confrère rhumatologue. Le Dr M\_\_\_\_\_ ne mentionne pas davantage les fragments osseux retrouvés à l'IRM du 7 octobre 2013 et qui, selon le rapport du SMR du 15 février 2016, peuvent provoquer des douleurs. Par conséquent, son rapport d'expertise est incomplet pour ces motifs.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr J\_\_\_\_\_ la considère comme nulle dans l'activité antérieure depuis 2006 et l'évalue à 100% dans une activité adaptée dès la date de l'expertise. Il précise qu'il est assez difficile d'établir un rapport objectif entre la quantité de douleurs et la possibilité d'une activité professionnelle. Il estime que si le recourant ne marche pas beaucoup, qu'il ne porte pas de charges et qu'il ne reste pas tout le temps assis, les douleurs sont « manifestement [...] à peu près gérables puisqu'[il] ne prend pas de médicaments de façon systématique ». Il pense que l'activité adaptée peut être effectuée à plein temps s'il y a une alternance assise et debout avec de petits déplacements, sans diminution de rendement si le poste est véritablement bien adapté. Il indique que lors des examens, le comportement du recourant n'est ni démonstratif, ni majorant et que le problème principal consiste en des douleurs résiduelles latérales de la hanche gauche après deux interventions et une luxation de prothèse de hanche.

De telles conclusions sont contradictoires. Il ressort en effet de l'expertise que le recourant se plaint de douleurs résiduelles importantes de la racine de son membre inférieur gauche. Or, de deux choses l'une : soit les plaintes ne sont pas fondées et son comportement doit être considéré comme majorant – ce qui justifie les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail –, soit ses plaintes sont fondées, respectivement son comportement n'est pas majorant et sa capacité de travail dans une activité adaptée est inférieure à 100%. Par ailleurs, bien que l'expert diagnostique une incompétence, voire une désinsertion du moyen fessier de la hanche gauche, qui paraît être une des causes principales de l'état douloureux, il ne semble pas en tenir compte dans son évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. À relever également que, selon l'expertise, le recourant n'est pas réveillé la nuit par les douleurs, alors que, dans son rapport du 9 juillet 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ mentionne des douleurs causant des réveils nocturnes. On observera enfin qu'il paraît douteux de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après avoir fait part de difficultés à établir un rapport objectif entre la quantité de douleurs et la possibilité d'une activité professionnelle, ce d'autant plus que, selon l'expert, le degré d'incapacité s'était « plutôt aggravé » depuis 2006.

En définitive, le rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante dès lors qu'il est lacunaire, comporte des contradictions et n'est pas convaincant.

10. Il reste à examiner si d'autres rapports médicaux appréciant la capacité de travail du recourant ont une valeur probante.

Dans son rapport du 5 octobre 2018, le médecin traitant considère qu'elle ne dépasse pas 50%. Comme le relève l'intimé, le Dr C\_\_\_\_\_ justifie ce taux notamment par l'absence de formation du recourant, soit un facteur qui n'est pas d'ordre médical, de sorte qu'il est dépourvu de pertinence pour évaluer sa capacité résiduelle de travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_271/2011 du 26 octobre 2011 consid. 4.1).

Les conclusions de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ qui retiennent une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10% datent du 7 juillet 2012 et sont antérieures à la découverte des fragments osseux au voisinage du grand trochanter gauche, à la pose d'une prothèse de hanche totale à droite et à la mise en évidence d'un lupus systémique. Par conséquent, elles ne prennent pas en compte la situation médicale actuelle du recourant et n'ont pas de valeur probante. Par ailleurs, il y a lieu de relever que la mesure d'orientation professionnelle effectuée un peu plus d'une année après l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, soit du 2 septembre au 31 octobre 2012, arrivait à la conclusion qu'à l'époque, le recourant n'était pas en mesure d'intégrer le marché du travail économique ordinaire, même dans une activité simple, légère et répétitive, avec possibilité d'alterner les positions toutes les demi-heures. Étant donné que les séquelles douloureuses à la hanche gauche n'ont guère évolué depuis cette période, il n'est pas vraisemblable que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Compte tenu des difficultés en matière de preuve à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante), les plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_721/2011 précité, consid. 4.2). Force est d'admettre, en l'espèce, que les rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas de fournir une explication claire et objective sur l'origine et l'importance des douleurs alléguées par le recourant.

Eu égard à l'instruction incomplète de la situation médicale du recourant, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur l'existence de motifs de révision permettant à l'intimé de supprimer la rente entière d'invalidité, faute de renseignements fiables sur l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée et du rendement. Par conséquent, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire.

11. a. 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 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).

b. En l'espèce, en raison de l'appréciation lacunaire et contradictoire par le Dr J\_\_\_\_\_ de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et de son rendement, ainsi que l'absence d'un avis rhumatologique détaillé et motivé évaluant les conséquences du lupus systémique, respectivement des douleurs articulaires sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimé aurait dû procéder à une instruction médicale complémentaire de la situation médicale, ce qu'il n'a pas fait. Par conséquent, son instruction de l'état de fait est lacunaire.

Au vu de cette situation, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise orthopédique et rhumatologique auprès d'un centre d'expertise disposant d'un centre d'observation professionnelle, telle que la clinique romande de réadaptation, afin notamment d'évaluer l'importance des douleurs du recourant sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et sur son rendement. Cette issue rend superflue l'analyse des autres griefs que soulève le recourant.

12. Il se justifie, en conséquence, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision de révision de rente du 10 octobre 2018 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant 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. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Eu égard au sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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 10 octobre 2018.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants consistant notamment en la mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique et rhumatologique, ainsi que d'une mesure d'observation professionnelle.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant un montant de CHF 2'500.- à titre de dépens.
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

La présidente

Marie NIERMARECHAL

Eleanor McGREGOR

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