



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1982, sans formation certifiée, est arrivé en Suisse en novembre 2001. Après avoir travaillé dans la restauration de 2001 à 2004 puis en tant que plâtrier pour diverses entreprises dès 2005, il a été engagé dès le 1<sup>er</sup> avril 2008 en qualité de staffeur par B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur).
2. Le 25 août 2016, alors qu'il posait un faux plafond sur un chantier, l'assuré a glissé et est tombé d'une échelle. Le cas a été annoncé à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Selon la déclaration de sinistre complétée par son employeur le 10 octobre 2016, il s'est blessé au bras, à la jambe et a dû être acheminé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). L'assuré s'est vu prescrire un arrêt de travail dès le 25 août 2016 par la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG.
3. Dans un rapport du 12 septembre 2016, la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'assuré était tombé d'une hauteur de 1.5 à 2 mètres. En se réceptionnant sur le côté gauche, il avait subi une fracture de la colonne antérieure du cotyle gauche (traitée par fixation percutanée au moyen d'une vis supra-acétabulaire) ainsi qu'une luxation antéro-inférieure de l'épaule gauche avec fracture du trochiter, réduite puis traitée de manière conservatoire au moyen d'une attelle.
4. Dans un rapport du 30 janvier 2017, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'évolution était marquée par des douleurs aux hanches, à l'épaule et la nécessité de se déplacer avec des cannes. Livrant son pronostic, le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné qu'en principe, le cotyle évoluerait positivement. Même si l'assuré semblait motivé pour reprendre le travail, il fallait s'attendre à la persistance d'un problème en cas de reprise de son activité habituelle de plâtrier. Dans ces circonstances, une intervention auprès de l'employeur en vue d'une affectation à un poste de travail adapté paraissait indiquée.
5. Le 7 février 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
6. Le 23 février 2017, les doctresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, du département d'imagerie médicale des HUG, ont effectué un scanner du bassin de l'assuré. Malgré une consolidation complète de la fracture iliaque, ainsi qu'au niveau du toit de cotyle, il persistait un défaut acétabulaire antérieur corticalisé, sans déplacement ni fragment articulaire. Sur le reste de l'examen, la tête de la vis d'ostéosynthèse venait au contact du tendon réfléchi du droit fémoral. Un second scanner, concernant l'épaule gauche, permettait de conclure à un status post fracture complètement consolidée parcellaire postérieure du trochiter, avec un fragment fusionné au-dessus de l'insertion tendineuse du muscle sous-épineux. On notait également un remaniement en regard de la gouttière bicipitale. Sous réserve d'une

---

modalité sous-optimale, il n'y avait pas d'épanchement articulaire, en particulier au niveau de la bourse sous-acromio-deltaïdienne (ci-après : BSAD).

7. Lors d'un entretien avec une collaboratrice de l'OAI, le 5 avril 2017, l'assuré a indiqué qu'il souffrait toujours de la hanche, suite à son opération, et que son but était de pouvoir reprendre son activité de staffeur. La collaboratrice de l'OAI a toutefois relevé qu'au vu de l'évolution médicale, il paraissait inenvisageable que l'intéressé recommence à travailler comme staffeur. Ce dernier semblait avoir des capacités, mais ne pouvait ni lire, ni écrire en langue française.
8. Par communication du 10 avril 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge les frais pour des cours de français du 20 avril au 14 juillet 2017, en vue de l'exercice d'une activité adaptée.
9. Le 19 mai 2017, les docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, du département d'imagerie médicale des HUG, ont réalisé deux IRM. La première, qui concernait l'épaule gauche, concluait à une tendinopathie insertionnelle des tendons sus et infra épineux sans rupture transfixiante et, pour le reste, à une consolidation complète de la fracture du trochiter. La seconde, qui avait pour objet le bassin, concluait à l'absence de désinsertion des tendons fessiers gauches et à une suspicion de petite fissuration labrale antéro-postérieure de la hanche gauche.
10. Par communication du 12 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il prolongeait les cours de français du 17 juillet au 31 août 2017.
11. Le 20 septembre 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a informé la CNA que l'épaule gauche évoluait de manière très lente et ne permettait pas encore à l'assuré de reprendre son activité habituelle de plâtrier. Un bilan complémentaire par CT-scan puis par IRM avait permis de démontrer d'une part, la consolidation en bonne place du tubercule majeur de l'humérus proximal gauche et, d'autre part, la présence de lésions irritatives post-traumatiques de la coiffe des rotateurs, qui ne nécessitaient cependant pas d'acte chirurgical. Dans cette optique, l'assuré avait été adressé à l'Hôpital de Beau-Séjour pour tenter d'accélérer l'évolution postopératoire. Une infiltration écho-guidée avait par ailleurs été discutée avec l'assuré mais n'avait pas encore été agendée. La fracture du cotyle avait bien guéri, ce dont témoignait le CT-scan. Cependant, la tête de vis semblait gênante et son ablation était donc prévue. La gêne au niveau de la hanche gauche n'était pas suffisamment importante pour nécessiter l'utilisation de cannes anglaises, mais elle était présente tous les jours et s'apparentait à un conflit fémoro-acétabulaire.
12. Le 2 novembre 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait suite à son courrier du 20 septembre 2017 en indiquant que l'assuré s'était vu retirer une vis implantée au niveau du cotyle gauche. Suite à la consultation spécialisée de l'équipe de la hanche, aucune lésion labrale – qui aurait nécessité un geste spécifique – n'avait été mise en évidence. Les douleurs du cotyle semblaient diminuer progressivement. C'était l'épaule qui, en l'état, constituait le facteur limitant majeur. Étant donné que

dans son activité habituelle, l'assuré utilisait des pinceaux au-dessus de sa tête, il lui était pour l'instant impossible de recommencer à travailler.

13. Dans un rapport adressé à l'OAI et daté du 20 décembre 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait quitté les HUG le 7 octobre 2016 mais qu'un traitement ambulatoire (rééducation intensive) était toujours en cours. La profession habituelle de plâtrier n'était plus exigible en raison de limitations fonctionnelles, à savoir d'un manque de mobilité de l'épaule gauche et de douleurs à la hanche gauche. Ces restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et l'amélioration de la capacité de travail, actuellement nulle, dépendait de l'évolution du cas.
14. L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), du 16 janvier au 20 février 2018. Dans un rapport du 27 février 2018, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin-adjoint et spécialiste FMH en rhumatologie, a confirmé les diagnostics déjà posés et, en sus, a diagnostiqué une atteinte du nerf fémoro-cutané latéral gauche (méralgie paresthésique) et un très discret cal vicieux au niveau de la hanche gauche. L'assuré avait subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 17 octobre 2017. L'assuré avait été adressé à la CRR pour rééducation et évaluation, vu l'évolution plutôt favorable de la fracture du cotyle avec quasi-disparition de la douleur et amplitudes articulaires dans la norme ainsi que de l'évolution lentement favorable de l'épaule avec persistance des douleurs et des limitations articulaires. L'observation aux ateliers professionnels dans des activités légères notait des limitations pour les ports de charges supérieures à 10 kg, ainsi que pour le travail les bras au-dessus du plan des épaules. L'assuré n'arrivait pas à se projeter dans une autre activité, de sorte qu'il allait effectuer une reprise progressive de son activité de plâtrier à 30 % à partir du 26 février 2018. Si cette reprise devait échouer, il y avait lieu de mettre en place une évaluation des capacités professionnelles. L'état n'était pas stabilisé du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Sur la base de ces éléments, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % du 16 janvier 2018 au 25 février 2018, puis de 70 % à partir du 26 février 2018.
15. Le 24 avril 2018, l'employeur a indiqué au cours d'un entretien téléphonique avec la CNA qu'il ne pensait pas que l'assuré pourrait continuer à exercer son activité de staffeur. Il ne le voyait pas travailler à 100 % et n'envisageait pas de le maintenir avec un horaire de trois heures par jour.
16. Dans un rapport du 30 avril 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé que la reprise du travail à 30 % se heurtait à des difficultés (douleurs chroniques à la hanche gauche et à l'épaule gauche), que l'assuré combattait quotidiennement avec du Tramal, du Brufen et du Dafalgan.
17. L'assuré a effectué un nouveau séjour dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 13 juin au 10 juillet 2018. Dans son rapport du 31 juillet 2018, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin associé et spécialiste FMH en

---

médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué une luxation antérieure de l'épaule gauche, une fracture du trochiter, une fracture déplaçée de la colonne antérieure du cotyle gauche, une atteinte du nerf fémoro-cutané latéral gauche, un très discret cal vicieux à la hanche gauche et une raideur de l'épaule gauche. Les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en des douleurs de l'épaule gauche et de la hanche gauche. Aucune incohérence n'avait été relevée, même si l'assuré sous-estimait quelque peu le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. S'agissant des ateliers professionnels, le patient avait été pris en charge sur des périodes allant jusqu'à quatre heures consécutives (ateliers « cube » « mini pixels » et « création de dossiers »). De la description des activités réalisées, il ressortait que l'assuré avait correctement effectué les tâches demandées, mais qu'il s'était plaint durant les trois ateliers de douleurs de la hanche et de l'épaule gauche. La situation n'était pas stabilisée sur le plan médical, car l'assuré devait effectuer un complément d'imagerie, bénéficier d'une infiltration de la hanche gauche et discuter d'une intervention chirurgicale. L'intéressé était pour l'heure réfractaire à un changement d'activité et espérait que les mesures médicales proposées ainsi que l'écoulement du temps lui permettraient de reprendre son ancienne activité. Au terme de son séjour, il présentait toujours une incapacité de travail de 70 % dans la profession de plâtrier. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était limité, chez un patient qui ne voyait pas d'autre solution que la poursuite de son activité antérieure. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : pas de port répété de charges supérieures à 10-15 kg, de travail prolongé et/ou répétitif au-dessus du plan des épaules ou avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux.

18. Dans un rapport du 28 août 2018, le docteur L\_\_\_\_\_, de l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique des HUG, a indiqué que l'assuré se plaignait de son épaule gauche (qui était douloureuse et dont la mobilité était limitée en abduction et en élévation antérieure), de douleurs inguinales gauches (liées à la position assise) ainsi que de douleurs de la fesse gauche (liées à la marche et à la station debout). À l'examen clinique, l'évolution de l'épaule était stagnante. S'agissant de la hanche gauche, l'assuré présentait un Faber et Fadir positifs, ainsi que des douleurs au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure. Une arthro-IRM avait révélé un conflit de type Pincer (pathologie acétabulaire) avec une fissuration labrale et une coxométrie. Une infiltration intra-articulaire lors de l'IRM n'avait pas modifié les douleurs, ni la fonction. En conclusion, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation de l'épaule gauche était stabilisée et qu'à cet égard, une réorientation professionnelle s'imposait. Pour le reste, en fonction des possibilités chirurgicales au niveau de la hanche gauche, « les assureurs » pouvaient passer au bilan final.
19. Dans un avis daté du 30 août 2018, le docteur M\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a indiqué que, selon le rapport établi par la CRR en février 2018, la capacité de travail était nulle dans

---

l'activité antérieure de plâtrier jusqu'au 25 février 2018, puis de 30 % dès le 26 février 2018 ; la CRR avait toutefois précisé que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'une réévaluation était nécessaire dans trois mois. À ce stade, l'assurance-invalidité ne disposait pas de document permettant de définitivement prendre position sur l'incapacité de travail et les limitations fonctionnelles.

20. Dans un rapport adressé à la CNA le 17 septembre 2018, le Professeur N\_\_\_\_\_, de l'unité de chirurgie de la main des HUG, a relaté que l'assuré présentait toujours une gêne de l'épaule gauche dont la mobilité était limitée en abduction et en élévation antérieure, ainsi qu'une douleur déclenchée lors des manœuvres de conflit sous-acromial. La seconde plainte concernait la hanche gauche, d'où émanait une douleur inguinale, notamment en position assise prolongée. L'assuré décrivait une douleur quotidienne, qui survenait essentiellement en position debout, à l'effort, à la marche et, plus rarement, en position assise. Une infiltration récente n'avait pas produit l'effet escompté. L'examen clinique montrait un salut coxal positif et une mobilité indolore. Compte tenu de l'existence d'une arthrose débutante, le Pr. N\_\_\_\_\_ avait préconisé la poursuite du traitement conservateur, sans indication chirurgicale dans l'immédiat.
21. Dans un rapport adressé à la CNA le 5 octobre 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était arrivé à un stade où aucune évolution positive n'était constatée. Au niveau de l'épaule, il présentait un conflit sous-acromial avec une antépulsion à 100° maximale, une adduction à 90° maximale et une rotation externe à 10° maximale. Les douleurs, quasiment constantes, étaient cependant au second plan par rapport aux douleurs qu'il présentait au niveau de la hanche gauche. Les douleurs de hanche se localisaient au niveau du pli inguinal en position assise et au niveau fessier en position debout « à la charge ». La mobilité de la hanche était encore bien conservée avec cependant, des douleurs marquées aux rotations ainsi qu'aux manœuvres de Fadir et Faber. Les examens radiographiques récemment réalisés montraient une lésion labrale avec un début de coxarthrose au niveau de cette hanche. Actuellement l'assuré était capable de travailler comme plâtrier à un taux de 30 % maximal. Il bénéficiait pour l'heure d'un environnement professionnel favorable avec un employeur qui continuait à vouloir le garder dans son entreprise. Évoquant la discussion qu'il avait eue avec l'assuré au sujet de son avenir professionnel, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne voyait pas trop quel type de reconversion pourrait lui convenir, vu que les douleurs étaient présentes autant en position assise (ce qui l'empêchait de travailler à un taux supérieur à 30 % pour un travail administratif) qu'en position debout (ce qui l'empêchait d'exercer à plus de 30 % un travail de force autre que celui de plâtrier). Son activité actuelle lui permettait de « garder le moral » et le Dr E\_\_\_\_\_ estimait qu'il fallait le soutenir dans cette direction.
22. Le 15 octobre 2018, l'assuré a été examiné par le docteur O\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Le médecin d'arrondissement a retenu les diagnostics de luxation

---

antérieure de l'épaule gauche, de fracture du trochiter, de fracture déplacée de la colonne antérieure du cotyle gauche ostéosynthésée, de raideur de l'épaule gauche et de petit cal vicieux de la hanche gauche. S'agissant des constatations cliniques, l'assuré faisait état d'un périmètre de marche de 200 mètres et se déshabillait sans utiliser le membre supérieur gauche. La force au test de Jamar était de 55 kg à droite contre 22 kg à gauche. Les amplitudes articulaires étaient diminuées du côté gauche par rapport au côté droit et les tests de l'épaule étaient négatifs, mais douloureux. S'agissant du membre inférieur, il existait des douleurs permanentes, surtout une douleur en barre au niveau de la fesse lorsque l'assuré était assis et une douleur au niveau inguinal lorsqu'il était debout. La marche se faisait avec une boiterie plongeante des fessiers avec le pied à plat et l'assuré avait de très grandes difficultés à marcher sur la pointe des pieds ou sur les talons. Même si l'assuré évoquait un état stationnaire, le Dr O\_\_\_\_\_ notait que lorsqu'on le « [poussait] un peu », on s'apercevait d'une dégradation sur le plan psychologique – au niveau duquel il n'y avait pas de suivi –, l'assuré se mettant à pleurer et évaluant mal son avenir. L'assuré, qui exerçait son activité habituelle de plâtrier à 30 % avec un traitement antalgique toujours très présent (absorption quotidienne de Tramal, Dafalgan, Ibuprofène, Pantoprazole), sous-estimait ses possibilités d'amélioration, vraisemblablement pour des raisons contextuelles et psychologiques. À plus de deux ans de la survenance de l'accident, le cas pouvait être considéré comme stabilisé ou en voie de stabilisation sur le plan somatique (poursuite de la rééducation pendant un an, notamment au niveau du membre inférieur). En revanche, le Dr O\_\_\_\_\_ indiquait qu'une stabilisation au niveau psychologique nécessitait une évaluation. Dans son travail de plâtrier, il était douteux que l'assuré puisse travailler à plus de 30 %, vu ses limitations fonctionnelles. En revanche, dans le cadre d'une activité respectant les limitations fonctionnelles en lien avec le membre supérieur, permettant d'alterner les positions assise et debout, n'impliquant ni montées répétées de pentes ou d'escaliers, ni d'élévation au niveau du plan des épaules en force au-delà de 10 kg, avec par conséquent des changements de position réguliers, le Dr O\_\_\_\_\_ estimait qu'une activité à temps complet « pourrait » être exigible. La stabilisation de l'état de santé pourrait être prononcée après une prise en charge sur le plan psychiatrique et psychologique, après éventuel avis du psychiatre d'arrondissement.

23. Dans un rapport daté du 14 novembre 2018, le docteur P\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que lors de son séjour de réadaptation à la CRR, en juin-juillet 2018, l'assuré avait fait état de son enfance passée au Kosovo, période durant laquelle il aurait été témoin, à l'âge de 16 ans, de scènes de guerre dans le cadre du conflit qui déchirait alors l'ex-Yougoslavie. Selon le Dr P\_\_\_\_\_, il ne ressortait pas des plaintes de trouble psychopathologique patent, mais on se trouvait face à un assuré qui avait beaucoup de mal à verbaliser, voire à mentaliser ce qui lui arrivait. Sa pensée se focalisait sur les douleurs et ses autres problèmes. L'assuré pensait que la CNA faisait en sorte de clôturer le plus rapidement possible son dossier. C'était surtout son contexte

existentiel qui était mis en avant, notamment les séquelles liées à la guerre, ou le handicap de différents membres de la famille. C'était dans ce sens qu'une demande de soins spécialisés avait été sollicitée. À l'aune des différents éléments recueillis dans le rapport établi par la CRR en juillet 2018 et par le Dr O\_\_\_\_\_ en octobre 2018, il ne s'agissait pas d'une problématique psychique à mettre en rapport avec l'accident, de sorte qu'il n'y avait pas de lien de causalité (naturelle) à retenir avec cet événement.

24. Dans un rapport du 19 novembre 2018, le Dr L\_\_\_\_\_ a invité ses collègues du service de pharmacologie et toxicologie clinique des HUG à recevoir l'assuré pour une évaluation d'alternatives pharmacologiques et non pharmacologiques, pour une situation chronique de douleurs à l'épaule « de type conflit », ainsi que pour des douleurs persistantes après fracture du cotyle et, dernièrement, une ablation de matériel n'ayant pas vraiment modifié l'impact fonctionnel. L'assuré effectuait une physiothérapie de renforcement, laquelle n'était que partiellement efficace. Enfin, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation médicale lui semblait quasi-stabilisée, raison pour laquelle il demandait encore un dernier avis à ses collègues afin de savoir si un élément majeur avait été omis. Il les invitait par ailleurs à explorer la piste d'apprentissage de l'autohypnose.
25. Invité une nouvelle fois par la CNA à se prononcer, le Dr O\_\_\_\_\_ a estimé, le 26 novembre 2018, que le cas était stabilisé. Il a rappelé que pour le membre supérieur, les limitations fonctionnelles concernaient l'absence de port répété de charges supérieures à 10-15 kg, le travail prolongé ou répétitif au-dessus du plan des épaules ou avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux. La coxarthrose ne donnait actuellement pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), mais cela pourrait être le cas à l'avenir en fonction de l'évolution.
26. Lors d'un entretien téléphonique du 5 février 2019, l'employeur a expliqué à la CNA qu'il ne pouvait pas garder l'assuré à 30 %. Ce dernier n'avait « aucun rendement » et son état de santé se dégradait. Il avait peur qu'il « se casse quelque chose ».
27. Le 6 février 2019, l'employeur a licencié l'assuré pour le 28 février 2019.
28. Dans un rapport daté du 7 février 2019, les docteurs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, du SMR, se référant aux rapports de la CRR et des Drs O\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, ont conclu à une capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. S'agissant de la hanche gauche, l'évolution de la fracture du cotyle était lentement favorable, avec une quasi disparition des douleurs et retour à une mobilité articulaire normale. Il y avait un début de coxarthrose radiologique, qui n'entraînait pas de limitation fonctionnelle actuellement, même si une future évolution vers une arthrose symptomatique était prévisible. S'agissant de l'épaule gauche chez un droitier, l'état s'améliorait progressivement et était considéré comme stabilisé après la consultation du « médecin cantonal » du 20 octobre 2018 ainsi que la consultation chirurgicale du 19 novembre 2018.

29. Dans un rapport du 8 février 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que pour permettre à l'assuré de continuer à pratiquer son activité de plâtrier à 30 %, la poursuite de la physiothérapie visait à maintenir une fonction musculaire globale ainsi qu'une proprioception et une coordination suffisante.
30. Le 15 février 2019, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision d'octroi d'une rente (entière) d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> août 2017 au 31 janvier 2019.
31. Le 14 mars 2019, l'assuré s'y est opposé, en faisant valoir qu'il souffrait toujours d'une coxarthrose avec lésion fissuraire labrale, comme en témoignaient différents rapports émanant des Drs L\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Il en ressortait que seule une capacité de travail de 30 % au maximum était exigible dans l'activité de plâtrier et qu'il ne pouvait pas reprendre une autre activité. Par ailleurs, l'office n'avait pas expliqué en fonction de quel type d'activité il avait chiffré son revenu d'invalidité. Il requérait l'octroi, dès le 7 février 2017, d'une rente entière d'invalidité, pour une durée non limitée. En outre, il sollicitait l'octroi de l'assistance juridique. L'assuré a joint :
- un rapport établi le 18 janvier 2019 par le Dr E\_\_\_\_\_. La situation ne s'était pas améliorée en comparaison avec son dernier rapport du 5 octobre 2018. L'assuré parvenait encore à travailler à 30 % comme plâtrier, car son environnement professionnel le soutenait pour qu'il puisse conserver cette activité, qui lui permettait de garder le moral. Comme il n'avait par ailleurs pas de formation lui permettant une reprise d'activité professionnelle autre qu'un travail de force – pour lequel sa situation médicale n'était pas adaptée –, une reconversion dans une autre activité manuelle n'était pas concevable et une reconversion dans une activité de bureau – où il pourrait alterner la position assise et debout de manière régulière – nécessiterait un soutien en vue d'obtenir une formation adéquate. En l'état actuel, l'assuré était incapable de reprendre une activité professionnelle autre que celle qu'il pratiquait déjà à 30 % malgré ses douleurs. « Les assurances » qui prenaient en charge l'accident devaient maintenant définir la suite des prestations, soit en offrant une reconversion à l'assuré, soit en acceptant de lui verser une rente d'invalidité ;
  - une copie des rapports établis les 28 août et 19 novembre 2018 par le Dr L\_\_\_\_\_.
32. Par décision du 27 février 2019, confirmée sur opposition le 2 avril 2019, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % mais lui a refusé le droit à une rente d'invalidité. La CNA a retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison des gains avait mis en évidence une perte de gain nettement inférieure à 10 %, partant insuffisante pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

- 
33. Par décision du 19 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande d'assistance juridique de l'assuré.
34. Saisie par l'assuré d'un recours contre la décision lui refusant l'assistance juridique, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) l'a rejeté, par arrêt du 19 novembre 2019 (ATAS/1067/2019 du 19 novembre 2019).
35. Par décision du 7 novembre 2019, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2017 au 31 janvier 2019, supprimée ensuite. L'instruction avait mis en évidence une incapacité de travail totale dès le 25 août 2016. Dès le 20 octobre 2018, l'office considérait que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé. À l'issue du délai de carence d'un an, au 25 août 2017, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 100 %, ouvrant droit à une rente entière. Dès le 20 octobre 2018, le degré d'invalidité ne s'élevait plus qu'à 2 %, selon la comparaison des gains, ce qui entraînait la suppression de la rente trois mois plus tard, avec effet au 31 janvier 2019.

Le montant de la rente a été fixé à CHF 1'422.- par mois d'août à décembre 2018, puis à CHF 1'434.- pour le mois de janvier 2019, sur la base notamment d'une durée de cotisations de 9 ans et 11 mois, d'un revenu annuel moyen déterminant (ci-après : RAM) de CHF 55'458.- et de l'échelle de rente 32.

36. Par acte du 27 novembre 2019, l'assuré a saisi la CJCAS d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce qu'une violation de son droit d'être entendu soit constatée et à ce que l'OAI soit condamné à lui verser une rente d'invalidité d'un montant supérieur à CHF 1'422.- entre les mois d'août 2017 et décembre 2019, respectivement d'un montant supérieur à CHF 1'434.- pour le mois de janvier 2019.

En substance, il a reproché à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendu en ne produisant pas un calcul de rente détaillé, lequel lui aurait permis de comprendre comment le RAM avait été fixé et pourquoi l'échelle de rente 32 avait été retenue.

37. Dans sa réponse du 7 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à sa décision et en produisant la détermination sur le recours de la caisse genevoise de compensation.

L'échelle de rente 32 avait été déterminée en fonction d'une période de cotisations (arrondie) de 10 ans entre le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et le 31 décembre 2016, étant précisé que, pour avoir droit à une échelle de rente complète, les assurés nés en 1982 devaient avoir cotisé sur la même période pendant 14 ans. Le calcul de l'échelle se présentait comme suit :  $10 \text{ ans} \times 44 \text{ [échelle maximale]} / 14 \text{ ans [durée requise pour la classe d'âge née en 1982]} = 31.42$ , arrondi à 32 [échelle déterminante en l'espèce]. S'agissant par ailleurs du RAM, il avait été calculé sur la base des revenus ressortant de l'extrait de compte individuel AVS entre 2014 et 2016, comme suit :  $\text{CHF } 543'320.- \text{ [revenus selon l'extrait de compte individuel]} \times 1 \text{ [facteur de revalorisation]} \times 12 \text{ mois} / 119 \text{ mois [9 ans et 11 mois]} = \text{CHF } 54'788.-$ ,

---

ce qui conduisait selon la table des rentes de l'échelle 32 à une rente mensuelle de CHF 1'422.- pour 2017. Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, le RAM était revalorisé à CHF 55'458.-, ce qui donnait droit à une rente mensuelle de CHF 1'434.-. La décision attaquée était donc conforme au droit.

38. Le recourant a répliqué le 22 janvier 2020. Compte tenu des explications fournies par la caisse genevoise de compensation, la cause était devenue sans objet, de sorte qu'il invitait la CJCAS à rayer la cause du rôle. Il sollicitait toutefois l'octroi d'une indemnité de dépens, soulignant que ce n'était qu'après avoir interjeté recours qu'il avait reçu un calcul de rentes détaillé, lui permettant de comprendre comment celles-ci avaient été chiffrées.
39. L'intimé a dupliqué le 4 février 2020, en produisant une nouvelle détermination de la caisse genevoise de compensation. La décision attaquée était parfaitement compréhensible et en saisissant la CJCAS, le recourant avait engagé des frais superflus, dont il devait supporter les conséquences. En effet, les directives fédérales sur les rentes ne prescrivaient pas que le calcul détaillé du RAM figure dans la décision. Les indications figurant dans la décision (date de début et de fin du droit à la rente, taux d'invalidité, RAM, durée de cotisations, échelle de rente et montant de la rente) étaient suffisantes pour que le recourant en comprenne le sens. En outre, il lui aurait été loisible d'obtenir des explications par téléphone. Dans son mémoire, le recourant n'avait pas contesté les éléments retenus pour fixer la rente, ni fait le moindre calcul. Il n'avait pas non plus effectué de recherches ou requis une copie du dossier, mais s'était limité à affirmer que son droit d'être entendu avait été violé. Le recourant ayant retiré son recours, il lui incombait de supporter les frais et dépens de son conseil, ainsi que d'éventuels frais de procédure.
40. Par écriture du 19 février 2020, le recourant a persisté à requérir l'octroi d'une indemnité de dépens, précisant que son avocat – nommé récemment – avait été contraint d'interjeter recours afin de préserver ses droits.
41. Par écriture du 26 février 2020, le recourant a requis la poursuite de la procédure, subsidiairement une révision. Il a déclaré modifier ses conclusions, en ce sens qu'il demandait désormais l'annulation de la décision du 7 novembre 2019 et l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du mois de janvier 2019, subsidiairement le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a fait valoir que deux rapports médicaux postérieurs à la décision litigieuse mettaient en évidence son caractère « manifestement erroné » quant à sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, à l'aune de nouveaux rapports établis par les docteurs S\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en médecine générale et gériatrique, et T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, sa capacité de travail dans une telle activité s'élevait tout au plus à 30 % et ce, avec un rendement particulièrement faible estimé à 30 %. La décision rendue par l'intimé était lacunaire, inexacte et

reposait sur une instruction incomplète, de sorte qu'il se justifiait selon lui de poursuivre l'instruction. Le recourant a joint :

- un rapport du 10 décembre 2019 du Dr S\_\_\_\_\_, selon lequel le recourant présentait une raideur de l'épaule gauche, des douleurs persistantes de la hanche gauche avec boiterie, et une « méralgie paresthésie sur atteinte du nerf fémoral cutané latéral gauche ». Son état de santé ne lui permettait pas de travailler, que ce soit dans son activité habituelle de plâtrier ou dans une autre activité adaptée, notamment en raison du « manque de ressources ». Il ne pouvait plus exercer son activité habituelle du fait d'une limitation significative d'amplitudes d'élévation de l'épaule gauche. En raison de douleurs au pli inguinal gauche, il ne pouvait occuper un poste assis plus de dix minutes. Pour les mêmes raisons, il ne pouvait pas non plus occuper un poste debout. L'assuré avait besoin de suivre des séances de physiothérapie régulières afin d'éviter une détérioration de ses capacités (lutte contre l'enraidissement de l'épaule). Il suivait également un traitement médicamenteux pour atténuer ses douleurs de l'épaule et de la hanche gauche ;
- un rapport du 17 décembre 2019 dans lequel le Dr T\_\_\_\_\_ a indiqué que la marche se faisait avec une légère boiterie antalgique de la hanche droite. La flexion/extension, l'abduction/adduction et la rotation interne/externe étaient limitées par la douleur. La flexion/adduction/rotation interne provoquait des douleurs inguinales ainsi que l'abduction/rotation externe et l'abduction pure. Au niveau de l'épaule gauche, le Dr T\_\_\_\_\_ ne notait pas d'amyotrophie de la ceinture scapulaire. L'antéflexion était limitée à 145° (norme : 180°) en raison de la douleur. Cette dernière expliquait également que la rotation externe coudes au corps était de 30° à gauche (contre 45° à droite). L'état de santé du recourant lui permettait de travailler à 30 % avec un rendement de 30 % par rapport à une activité à 100 %. La physiothérapie et les traitements médicamenteux n'étaient pas susceptibles d'améliorer la capacité de travail à ce stade mais permettaient de la maintenir à son niveau actuel. Le Dr T\_\_\_\_\_ ne pouvait pas répondre à « la question » (de savoir si le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée), relevant qu'il faudrait une évaluation approfondie par une expertise et qu'il n'avait vu le patient qu'à deux reprises ;
- un rapport d'arthro-IRM de la hanche gauche établi le 16 avril 2019 par le docteur U\_\_\_\_\_, radiologue.

42. Par écriture du 2 avril 2020, l'intimé a conclu derechef au rejet du recours. Dans un premier temps, le recourant n'avait critiqué que la motivation de la décision de la caisse genevoise de compensation et ce n'était qu'au moyen d'une écriture déposée en février 2020 qu'il avait soulevé des griefs contre la décision de l'assurance-invalidité. L'intimé peinait à comprendre le raisonnement du conseil du recourant, lequel avait tout d'abord conclu au retrait du recours, avant de demander la poursuite de l'instruction et subsidiairement une révision procédurale, alors

---

même qu'il n'existait aucun jugement entré en force. Les nouvelles pièces médicales produites par l'intéressé avaient été soumises au SMR, lequel avait maintenu son appréciation. Le recourant n'avait pas mis en évidence d'élément médical objectivement vérifiable, susceptible d'avoir été ignoré. Pour le reste, il appartenait au juge d'apprécier la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative.

L'intimé a joint un nouvel avis rédigé par la doctoresse V\_\_\_\_\_, du SMR. Le rapport du Dr T\_\_\_\_\_ témoignait de diagnostic et d'amplitudes articulaires superposables à celles relatées dans le rapport de sortie de la CRR. On ne pouvait pas parler d'une aggravation de l'état de santé, étant rappelé que l'assuré avait repris son activité professionnelle à 30 % en 2018. Quant au Dr S\_\_\_\_\_, il n'avait pas non plus mis en évidence d'éléments objectifs plaidant pour une aggravation de l'état de santé par rapport à la situation prévalant en 2018, au moment où le recourant était sorti de la CRR. Le manque de ressources n'était pas un critère objectif justifiant une incapacité à exercer une activité adaptée. En définitive, les rapports produits par le recourant ne témoignaient d'aucun élément objectif permettant de remettre en question l'appréciation du SMR.

43. Par écriture du 11 mai 2020, le recourant a rétorqué que les avis établis sur dossier par le SMR ne reposaient sur aucun examen médical. L'appréciation médicale, lacunaire et orientée, faisait totalement abstraction de son état de santé. L'avis du SMR était contradictoire avec celui des Drs T\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, ce qui éveillait de forts doutes sur sa fiabilité et démontrait qu'il était dénué de valeur probante. En particulier, l'argument selon lequel un manque de ressources n'était pas un critère objectif justifiant une incapacité de travail devait être écarté, car le Dr S\_\_\_\_\_ avait justifié l'incapacité de travail non seulement par un manque de ressources mais également par les douleurs du pli inguinal gauche, incompatibles avec des professions exercées tant en position assise que debout. Le Dr S\_\_\_\_\_ avait confirmé ce point de vue dans un nouveau rapport annexé à son écriture. En outre, les limitations fonctionnelles retenues étaient telles que l'on ne pouvait concrètement imaginer qu'il retrouve un emploi. Selon la jurisprudence, en présence d'un avis reposant exclusivement sur le dossier, comme en l'espèce, il convenait de diligenter une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistaient quant à la fiabilité des constatations qui y figuraient. S'agissant de l'appréciation effectuée par la CRR, soit par des médecins de l'assurance-accidents, elle remontait à plus de deux ans et était également remise en doute par ses médecins. Quant à l'argument selon lequel le juge appréciait la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative, le recourant répondait que cette jurisprudence concernait les faits – et non les pièces médicales – postérieurs à la décision.

Le recourant a joint un rapport rédigé par le Dr S\_\_\_\_\_ le 26 avril 2020, réaffirmant qu'il lui paraissait difficile d'envisager l'exercice d'une activité adaptée, en raison de l'impossibilité de maintenir une position assise ou debout plus

de dix minutes sans l'apparition de douleurs inguinales gauches. Sur ce dernier point, il lui paraissait difficile d'argumenter, comme le faisait la Dresse X\_\_\_\_\_ (dans la procédure parallèle en matière d'assurance-accidents), sur la consommation d'antalgiques. Le recourant pouvait, d'une part, acheter librement en pharmacie des antalgiques de palier 1 sans avoir besoin de prescription médicale. D'autre part, il n'exerçait plus aucune activité professionnelle et poursuivait ses séances de physiothérapie, ce qui pouvait expliquer en partie la diminution de ses besoins en traitements médicamenteux. Enfin, le Dr S\_\_\_\_\_ estimait, à l'instar du Dr T\_\_\_\_\_, que pour évaluer la possibilité ou non du recourant d'exercer une activité professionnelle adaptée à son handicap, une expertise médicale serait utile.

44. Le 12 mai 2020, une copie de cette écriture a été transmise, pour information, à l'intimé.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2).

En l'espèce, la décision attaquée accorde à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> août 2017 au 31 janvier 2019. En outre, elle lui refuse l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

De son côté, le recourant conclut, en dernier lieu, à ce que cette rente lui soit accordée au-delà du mois de janvier 2019. À ce stade, il ne conteste plus le calcul

---

de sa rente. Le litige ne porte donc plus que sur le maintien de la rente entière qui lui a été accordée.

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5<sup>ème</sup> révision AI). 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.

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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.

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). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA.

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), 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.

7. 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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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).

Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes (ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Ainsi, 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 suffisants 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4).

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 application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

8. 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). Il n'existe 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).

---

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

9. En l'occurrence, dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que le recourant avait été totalement incapable de travailler dès le 25 août 2016, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2017, à l'issue du délai de carence d'un an. Toutefois, dès le 20 octobre 2018, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé, ce qui entraînait la suppression de sa rente avec effet au 31 janvier 2019, trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Cette décision repose sur le rapport établi le 17 octobre 2018 par le médecin d'arrondissement de la CNA, auquel le SMR s'est rallié. Après avoir retenu les diagnostics de luxation antérieure de l'épaule gauche, de fracture du trochiter, de fracture déplacée de la colonne antérieure du cotyle gauche ostéosynthésée, de raideur de l'épaule gauche et de petit cal vicieux de la hanche gauche, le Dr O\_\_\_\_\_, de la CNA, a indiqué que le cas pouvait être considéré comme stabilisé ou en voie de stabilisation sur le plan somatique. À cet égard, le Dr O\_\_\_\_\_ a jugé douteux que l'assuré puisse travailler à plus de 30 % comme plâtrier, en raison de ses limitations fonctionnelles. En revanche, il a estimé qu'une activité à temps complet « pourrait » être exigible, moyennant le respect de limitations fonctionnelles en lien avec le membre supérieur, dans une profession permettant d'alterner les positions assise / debout, de changer régulièrement de position et d'éviter les montées répétées de pentes ou d'escaliers, ainsi que les élévations au niveau du plan des épaules « en force » au-delà de 10 kg. Constatant en outre que l'assuré semblait présenter une dégradation sur le plan psychologique, le Dr O\_\_\_\_\_ a préconisé une évaluation par le « psychiatre d'arrondissement » et une prise en charge psychiatrique-psychologique.

Dans un rapport daté du 14 novembre 2018, le Dr P\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste en psychiatrie, a conclu, sur la base des constatations effectuées par les médecins de la CRR et le Dr O\_\_\_\_\_, qu'il n'existait pas de problématique psychique en relation de causalité naturelle avec l'accident de 2016.

De son côté, le recourant soutient que son incapacité de travail a persisté au-delà du 31 janvier 2019. Il soutient notamment que, selon deux rapports établis par les Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, sa capacité de travail s'élève tout au plus à 30 %, avec un rendement particulièrement faible estimé à 30 %. Le recourant reproche à l'intimé une instruction insuffisante, qu'il convient à selon lui de poursuivre. Il souligne que l'avis du SMR est contradictoire avec celui des Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, ce qui éveille de forts doutes sur sa fiabilité et démontre qu'il est dénué de valeur probante. En outre, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S\_\_\_\_\_ sont telles qu'il n'est pas concrètement imaginable qu'il retrouve un emploi. Enfin, il relève qu'en présence d'un avis reposant sur le dossier, la mise en œuvre d'une expertise se justifie si des doutes, même faibles, subsistent quant à sa fiabilité.

10. Comme cela ressort des considérants qui précèdent, les rapports de médecins employés d'une assurance peuvent être pris en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (cf. supra consid. 7).

La chambre de céans constate que si le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ satisfait à certains réquisits jurisprudentiels, sa conclusion selon laquelle une activité adaptée aux limitations fonctionnelles « pourrait » être exigible à 100 %, est sujette à caution. Hormis le fait qu'il a formulé sa conclusion au conditionnel, se montrant ainsi peu affirmatif, ce médecin n'a pas véritablement justifié pourquoi l'exercice d'une activité lucrative (adaptée) lui paraissait exigible à un taux de 100 %, ceci sans diminution de rendement, malgré les nombreuses restrictions qu'il a consignées dans son rapport (douleurs permanentes de la fesse et de l'aine aussi bien en position assise que debout, amplitudes articulaires diminuées de la hanche et de l'épaule, boiterie, impossibilité de lever les bras au-dessus du plan des épaules, etc.) et dont certaines semblent, à première vue, difficilement conciliables avec l'exercice d'une quelconque profession à plein temps, comme le font remarquer les médecins du recourant. En lien avec ces douleurs permanentes, le Dr O\_\_\_\_\_ a précisé que le traitement antalgique restait « toujours très présent » et que le recourant absorbait quotidiennement plusieurs médicaments (Tramal, Dafalgan, Ibuprofène, Pantoprazole).

Par ailleurs, il convient de relever que les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ concernant l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée à 100 % sont mises en doute par d'autres pièces médicales versées au dossier. En effet, dans son rapport du 10 décembre 2019, le Dr S\_\_\_\_\_ a jugé le recourant incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, en raison notamment de douleurs du pli inguinal gauche, d'amplitudes d'élévation diminuées de l'épaule gauche et d'un

manque de ressources. De son côté, le Dr T\_\_\_\_\_, dans son rapport du 17 décembre 2019, n'a pas été en mesure de dire si le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, mais il a suggéré qu'une expertise soit mise en œuvre en vue de clarifier la question, proposition à laquelle le Dr S\_\_\_\_\_ s'est ensuite rallié. Pour sa part, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué le 5 octobre 2018 qu'il ne voyait pas quel type de reconversion professionnelle pourrait convenir à l'assuré, étant donné que les douleurs étaient présentes tant en position assise que debout. Ce médecin a donc lui aussi exprimé sa perplexité quant à l'exercice d'une profession autre que celle de staffeur, même si la pertinence de son appréciation doit être relativisée, puisque dans d'autres rapports, il a justifié sa difficulté à envisager une reconversion professionnelle non seulement par les douleurs du recourant, mais aussi par un manque de formation, à savoir par un facteur étranger à l'invalidité, dont l'assurance n'a pas à répondre, comme la CJCAS l'a relevé dans le cadre de l'arrêt qu'elle a rendu en matière d'assistance juridique (ATF 107 V 17 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2 ; ATAS/1067/2019 consid. 9). Il n'en demeure pas moins qu'en définitive, les avis exprimés par la plupart des médecins consultés par le recourant ne confirment pas celui du médecin d'arrondissement. Cette divergence est propre à faire naître un doute quant au bien-fondé des conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ sur lesquelles repose la décision attaquée. Pour le reste, le fait que certains des rapports produits par le recourant soient postérieurs à la décision attaquée ne suffit pas à en faire abstraction, puisque ces documents concernent des atteintes antérieures à la décision, qui ont été jugées stabilisées, de sorte qu'il apparaît peu probable que la situation se soit significativement modifiée entretemps (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

S'agissant des deux rapports de la CRR, il en ressort que les médecins de cet établissement ont renoncé à se prononcer sur l'exigibilité d'une activité adaptée, dans la mesure où la situation ne leur paraissait pas médicalement stabilisée en juillet 2018, à l'issue du second séjour du recourant (l'intéressé devait alors discuter avec ses médecins d'une nouvelle intervention chirurgicale et subir un complément d'imagerie ainsi qu'une infiltration dans la hanche gauche). Les médecins de la CRR ont toutefois indiqué que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée leur paraissait « limité ». Par ailleurs, le résumé des ateliers professionnels que le recourant a suivis à la CRR (ateliers « cube » ; « mini pixels » et « création de dossiers ») démontre que l'intéressé a déploré des douleurs lors de chaque atelier, ce qui, là encore, éveille certains doutes sur son aptitude à exercer une activité lucrative à 100 %.

Quant aux rapports de synthèses établis sur dossier par le SMR, notamment en février 2019, ils se limitent essentiellement à résumer les rapports des médecins de la CNA (notamment les limitations fonctionnelles retenues par le Dr O\_\_\_\_\_ et la CRR) et ne permettent pas de pallier aux doutes qui viennent d'être évoqués. La

valeur probante de ces documents est au demeurant sujette à caution, dans la mesure où ils ne contiennent ni résumé des plaintes, ni réelle motivation à l'appui de la conclusion selon laquelle le recourant serait pleinement capable d'exercer une activité adaptée depuis le mois d'octobre 2018.

11. Au regard de ce qui précède, force est de constater qu'il existe une divergence entre le point de vue du médecin d'arrondissement de la CNA – auquel le SMR a adhéré – et celui des autres médecins qui se sont exprimés, notamment en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée et son étendue, sans que l'on ait des motifs décisifs pour dénier toute valeur probante à leurs avis respectifs. Il existe un doute suffisant pour qu'il soit fait appel à un expert en vue de départager ces opinions, conformément à la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4).

Ces considérations conduisent la CJCAS, dans le cadre d'un arrêt rendu ce jour dans la procédure parallèle en matière d'assurance-accidents (ATAS/833/2020), à renvoyer le dossier à la CNA afin qu'elle mette en œuvre une expertise à tout le moins rhumatologique, conformément à l'art. 44 LPGA.

En vue de compléter l'instruction, il appartiendra donc à l'office intimé d'obtenir auprès de la CNA une copie du (futur) rapport d'expertise.

Enfin, il convient de relever que le Dr O\_\_\_\_\_, à l'instar des médecins de la CRR, a préconisé une prise en charge psychiatrique/psychothérapeutique, après avoir relevé notamment que « [...] lorsqu'on pousse un peu [le recourant], on s'aperçoit qu'on a une dégradation car sur le plan psychologique, il n'a jamais été suivi, il se met à pleurer et évalue mal son avenir [...] ».

Toutefois, la question d'une éventuelle incapacité de travail résultant de troubles psychiques n'a pas été examinée par la CNA, dans la mesure où elle est partie du principe que lesdits troubles n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, selon l'appréciation du Dr P\_\_\_\_\_. Cette appréciation-là est toutefois dénuée de pertinence dans le cadre de la présente procédure. En effet, alors que la responsabilité de l'assurance-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, l'assurance-invalidité doit tenir compte de l'ensemble des pathologies dont souffre l'assuré (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 301/05 du 11 mai 2006 consid. 3.1).

Aussi, conformément à son obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA) et dans le but de clarifier la capacité de travail du recourant également sous l'angle psychique, il conviendrait que l'intimé obtienne, à tout le moins, un rapport se prononçant sur cette capacité de travail de la part du thérapeute auquel le recourant s'est adressé, sur conseil des médecins de la CNA.

12. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision du 7 novembre 2019, annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

Le requérant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à charge de l'intimé.

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 7 novembre 2019 en tant qu'elle supprime le droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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 NIERMARÉCHAL

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