

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1433/2024

ATAS/64/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 février 2025

Chambre 8

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Manuel MOURO, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente ; Anny FAVRE, Michael RUDERMANN,
Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1978, peintre plâtrier de profession, était au chômage quand il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'office) le 16 octobre 2014.
- b.** Consultés suite à l'apparition de cervicobrachialgies, dans leur rapport du 9 septembre 2013, les docteurs B_____ et C_____, spécialistes FMH en neurochirurgie, ont conclu à une hernie discale cervicale C6-C7 paramédiane droite avec conflit radiculaire C7 droit d'origine dégénérative.
- c.** Dans son rapport du 3 juillet 2015, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 23 janvier 2014. Elle a retenu comme diagnostics un épisode dépressif majeur, récurrent et chronique ainsi que d'autres modifications durables de la personnalité depuis son accident de mai 2013. Elle expliquait qu'en mai 2013, alors que l'assuré était hospitalisé pour une chirurgie de hernie inguinale, il était tombé dans sa chambre en se frappant à la tête. Depuis lors, il présentait des cervicalgies importantes avec irradiation dans l'épaule et le bras droit. Elle concluait à une totale incapacité de travail.
- d.** Suite à l'aggravation de son état de santé, l'assuré a subi le 20 août 2015 une discectomie C6-C7 et une mise en place d'une cage aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
- e.** Le rapport de scintigraphie osseuse du 12 août 2016 a confirmé une hyperfixation intense inter-somatique antérieure C6-C7 avec une composante inflammatoire marquée en phase tissulaire compatible avec une pseudarthrose à confronter avec le délai post-opératoire ainsi que des foyers post-traumatiques relativement anciens des 3^{ème} et 4^{ème} côtés antérieures droites.
- f.** Dans son rapport du 12 mai 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a relevé que les suites de l'opération du 27 septembre 2017 étaient caractérisées par une nette amélioration avec disparition de la névralgie cervico-brachiale droite. L'imagerie par résonance (IRM) du 12 décembre 2017 montrait que tout était en ordre au niveau opéré mais qu'il existait une hernie C5-C6 paramédiane gauche. Il était fort vraisemblable que le déplacement des contraintes vers le disque sus-jacent combiné à cette hernie soient responsables des symptômes actuels. Les douleurs étaient particulièrement invalidantes chez l'assuré qui était sous un traitement antalgique majeur associant du palexia au celebrex.
- g.** Dans son rapport du 15 mars 2018, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré avait subi une opération de la colonne cervicale avec ablation du matériel d'ostéosynthèse et de pose de cage et de plaque le 11 septembre 2017. Il souffrait de fortes douleurs permanentes au

niveau de sa colonne cervicale avec tuméfaction musculaire importante au niveau du trapèze à gauche.

h. Dans son rapport du 23 avril 2018, le service médical régional (ci-après : SMR) a conclu que l'état de santé n'était pas stabilisé sur le plan rhumatologique. Suite à la dernière intervention du 11 septembre 2017, dont le résultat était mitigé, les douleurs cervicales à droite s'étaient atténuées, mais des scapulalgies importantes étaient apparues à gauche. Celles-ci nécessitaient un traitement antalgique conséquent et une nouvelle opération était à programmer selon les médecins du recourant. Sur le plan psychiatrique, il existait un épisode dépressif traité dont l'intensité était entre sévère en 2014 et moyenne en juillet 2016. L'assuré ne disposait d'aucune capacité de travail depuis juillet 2013. S'agissant de l'activité habituelle, il fallait retenir que la capacité de travail était définitivement nulle.

i. Par projet de décision du 11 mai 2018, confirmé par décisions des 15 et 29 août 2018, une rente entière d'invalidité a été octroyée à compter du 1^{er} avril 2015.

j. Dans le cadre de la procédure de révision lancée le 21 janvier 2020, l'office a appris que l'assuré avait subi une nouvelle intervention le 4 mars 2020 au niveau des cervicales.

k. Après avoir sollicité des rapports des médecins de l'assuré lesquels faisaient état d'un état post intervention encore évolutif, la rente d'invalidité entière a été maintenue par communication du 3 juillet 2020.

B. a. Une nouvelle procédure de révision a été entamée le 19 avril 2023.

b. Dans son rapport de mai 2023, la Dre F_____ a noté que l'état de santé était stable. L'assuré présentait des douleurs persistantes musculaires cervico-brachiales à gauche. Elle avait constaté une contraction musculaire du trapèze gauche. Elle notait que l'assuré était désireux d'essayer une reprise à 20%, ce qui serait à tester.

c. Selon les lettres de sortie transmises par les HUG, l'assuré avait séjourné à la clinique de Montana pour un soutien psychologique, un éloignement des facteurs de stress, un reconditionnement général et la prise en charge des douleurs du 9 au 29 mai 2018, du 8 au 21 août 2018, du 19 juin au 9 juillet 2019 et du 24 mars au 13 avril 2021.

d. Dans son rapport du 17 juillet 2023, le Dr E_____ notait que l'évolution globale était plutôt positive, mais il subsistait des séquelles sous forme de douleurs résiduelles dans l'épaule et le membre supérieur gauche ainsi qu'une légère diminution de la force du membre supérieur gauche (perte maximum de 10%) ainsi qu'un manque d'endurance. S'agissant des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, il retenait un syndrome cervicobrachialgique gauche séquellaire et des conséquences sur le plan psychologique avec perte de l'estime de soi ainsi qu'un conflit asséurologique lié à la non-reconnaissance de l'origine accidentelle de ses troubles. L'assuré

présentait également des gonalgies droites sans influence sur sa capacité de travail. L'assuré était toutefois capable d'effectuer des tâches assez lourdes dans le bâtiment. Il concluait que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle habituelle à 80%.

e. Selon la note d'entretien téléphonique du 3 novembre 2023, l'assuré voyait son médecin traitant une fois par mois. Il n'était pas suivi par un psychiatre et ne prenait pas d'antidépresseurs. Il avait séjourné à la clinique de Montana pour se reposer et réaliser de la physiothérapie.

f. Par rapport du 22 novembre 2023, le SMR a rappelé que l'assuré s'était trouvé en arrêt de travail à 100% pour des raisons neurochirurgicales et/ou rhumatologiques et psychiatriques. L'assuré avait fait plusieurs séjours à la clinique de Montana depuis 2018 pour un soutien psychologique, un éloignement des facteurs de stress et un reconditionnement général. Sur le plan somatique, le SMR notait une amélioration, l'assuré ayant recouvré une capacité de 80% selon le neurochirurgien traitant. Sur le plan psychiatrique, l'assuré n'avait ni suivi spécialisé, ni traitement antidépresseur, étant précisé qu'aucune hospitalisation n'avait eu lieu récemment. Le médecin traitant ne mentionnait pas d'atteintes psychiatriques avec répercussions sur la capacité de travail. Quant aux lettres de sortie de la clinique de Montana, elles ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif. Il a conclu que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80% dès le 17 juillet 2023 en lien avec les atteintes rhumatologiques, l'activité habituelle de peintre en bâtiment n'étant plus adaptée.

g. Selon le service de réadaptation, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, le principe étant que la capacité de travail pouvait être mise en valeur par les efforts de l'assuré. À ce principe s'ajoutait l'existence d'un large éventail d'activités simples et répétitives sur le marché du travail en général, un nombre significatif ne nécessitant pas de formation spécifique. Il était cité comme exemple des tâches simples de vérification, de conditionnement léger, de contrôle ou encore des activités d'accueil.

h. Par projet de décision du 1^{er} février 2024, l'office a annoncé une suppression de la rente d'invalidité. Compte tenu de l'amélioration de la capacité de travail, le degré d'invalidité était désormais de 33%.

i. Par courrier du 20 février 2024, l'assuré l'a contesté. Il expliquait que la tentative de reprise d'activité avait été négative. Les douleurs s'étaient en effet accentuées, ce qui l'avait empêché de travailler. Les Drs E_____ et F_____ pouvaient attester de son état de santé.

j. Par décision du 12 mars 2024, l'office a maintenu la suppression de rente.

C. a. Par acte du 29 avril 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : Cour de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à ce que l'office prenne position sur les éléments médicaux produits, au fond à l'annulation de la

décision du 12 mars 2024. L'instruction avait été lacunaire centrée sur le seul avis du Dr E_____. Il contestait une amélioration de son état de santé, ce dernier s'étant au contraire péjoré comme l'attestait le certificat médical du Dr E_____ du 15 mars 2024 avec l'apparition d'un syndrome du nerf d'Arnold, une infiltration étant discutée. Comme le développait la Dre F_____ dans son rapport du 21 mars 2024, sa situation avait été mal comprise. Le recourant joignait également le rapport du 11 mars 2024 du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie. Ainsi, il n'avait connu qu'une amélioration passagère, son état de santé s'étant globalement péjoré sur les plans rhumatologique, neurologique et psychiatrique.

Dans son rapport du 21 mars 2024, la Dre F_____ a développé que début 2023, le recourant avait connu une légère amélioration avec stabilisation de ses souffrances, ce qui lui avait donné la motivation de tenter une reprise à 20% dans une activité adaptée à ses douleurs. Cependant, depuis des mois, son état de santé s'était nettement péjoré avec l'apparition de fortes douleurs au niveau de la nuque irradiantes dans l'hémi-crâne gauche évoquant une névralgie d'Arnold. Il était sous traitement, mais ce dernier était sans efficacité pour le moment. Il souffrait également de contractures permanentes très fortes et en dégradation au niveau des muscles cervicaux. Il vivait en permanence avec des douleurs chroniques invalidantes, dépendant de multiples prises d'antalgiques qui le poussaient à s'isoler socialement et qui avaient déstabilisé son état psychique. Il n'avait aucune capacité de travail.

Dans son rapport du 11 mars 2024, le Dr G_____ a relevé dans l'anamnèse que la dernière intervention avait nettement atténué les brachialgies. L'assuré présentait de longue date avec exacerbation récente des cervicalgies gauches irradiant dans l'hémi-crâne jusqu'au front ou même vers l'œil. Il retenait comme diagnostic une possible athéromatose mineure de l'artère carotide commune droite non visualisée à l'écho-doppler et sans autre athéromatose sur les troncs supra-aortiques ainsi qu'un syndrome cervical majeur prédominant nettement à gauche avec des douleurs hémicrâniennes évocatrices d'une névralgie d'Arnold.

b. Invité à se déterminer, l'office a sollicité par acte du 27 mai 2024 la production d'un rapport détaillé du spécialiste neurologue en s'appuyant sur l'appréciation du SMR du 14 mai 2024. Les pièces produites avaient rendu plausible une aggravation de l'état de santé susceptible de modifier les conclusions antérieures. Cependant, il ne pouvait pas se prononcer en l'état sur l'éventuel impact du syndrome du nerf d'Arnold sur la capacité de travail et réservait dès lors ses conclusions sur le fond.

Dans son avis, le SMR précisait qu'il lui était nécessaire de disposer de l'agenda des crises en lien avec le syndrome du nerf d'Arnold, à savoir la fréquence et la durée des crises, ainsi que le descriptif du traitement utilisé et l'efficacité de ce dernier afin d'évaluer son impact.

c. Par acte du 14 juin 2024, le recourant a maintenu sa position et transmis plusieurs documents médicaux, soit les rapports des 15 et 27 mai 2024 du docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie ainsi que celui du Dr G_____ daté du 13 mai 2024.

Dans son rapport du 13 mai 2024, le Dr G_____ a noté que le recourant présentait un syndrome cervical important au premier plan avec des douleurs hémicrâniennes pouvant irradier jusqu'au front vers l'œil, en partie à caractère neurogène associées à une douleur de fond au-dessus de l'oreille, ce qui l'avait fait suspecter une composante de névralgie d'Arnold. Le recourant était très handicapé au quotidien par ses douleurs et prenait de la morphine plusieurs fois par semaine associée à du Voltaren et du paracétamol. Les examens réalisés avaient montré un matériel d'ostéosynthèse en place et l'absence de lésion ischémique structurelle pouvant expliquer la symptomatologie. Le traitement sous Lyrica était resté sans effet, la prise actuelle de Cymbalta avait apporté une légère amélioration. Il s'agissait d'un syndrome douloureux chronique évoluant depuis 2020 pour lequel il était peu probable d'avoir des résultats miraculeux sur les douleurs, il était toutefois important d'essayer de soulager le recourant qui souffrait passablement au quotidien.

Dans son rapport du 15 mai 2024, le Dr H_____ a relevé que les douleurs du recourant étaient chroniques et évoluaient depuis environ quatre ans, avec une augmentation depuis ces deux dernières années. À l'examen, la palpation cervico-occipitale était douloureuse avec une irradiation hémicrânienne intéressant également la région fronto-orbitaire et faciale supérieure à gauche. Il existait également une douleur cervico-scapulaire gauche.

d. Par acte du 23 juillet 2024, le recourant a persisté en transmettant plusieurs documents médicaux.

Par certificat médical du 19 juillet 2024, le Dr G_____ a estimé que l'évolution clinique du recourant était défavorable depuis plusieurs années malgré des traitements d'approche globale multimodale (ostéopathie, physiothérapie, acupuncture, etc.) et des médicaments antidépresseurs (Cymbalta). Les douleurs étaient très invalidantes et empêchaient à son avis toute activité professionnelle. Les examens radiologiques ne permettaient malheureusement pas d'expliquer l'intensité de la symptomatologie. Il avait adressé le recourant au centre de la douleur. Il notait qu'une composante dysthymique participant à la symptomatologie actuelle ne pouvait pas être exclue. Il préconisait une évaluation psychothérapeutique.

Selon le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 25 juin 2024, les résultats étaient globalement superposables au contrôle de 2022 avec status post-opératoire sans anomalie sous-jacente nouvelle. L'aspect de la discopathie C3-C4 était également superposable sans conflit. S'agissant de C4-C5, la protrusion discale

médiane était légèrement plus marquée qu'à l'IRM 2022, sans anomalie de signal du cordon médullaire avec des foramens libres et sans conflit évident à gauche.

L'IRM cérébrale du 28 juin 2024 concluait à :

« Pas d'anomalie pour une atteinte ischémique ou hémorragique.

Pas de lésion sur polygone de Willis.

Sinusite maxillaire bilatérale avec comblement liquidien modéré.

Comblement partiel du sinus frontal à gauche.

Absence d'anomalie sur la région cervico-occipitale. Prise de contraste suspecte ».

Dans son rapport du 11 juillet 2024, le docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, a relevé que le recourant présentait une algie de la face avec douleur de type neurogène sur fond continu céphalagique jusqu'au niveau de l'orbite gauche dont le trajet orientait vers le petit nerf occipital C3 plus que le nerf d'Arnold C2. La première infiltration n'avait pas modifié la douleur.

e. Par envoi adressé à l'intimé le 25 juillet 2024, communiqué à la Cour de céans, le recourant a transmis copie de son courrier aux HUG. Dans celui-ci, il rappelait les circonstances de son accident de mai 2013, développait les troubles qui s'en étaient suivis et demandait des explications faisant valoir d'importantes négligences de la part du personnel hospitalier. Il y indiquait que, suite à l'intervention de mars 2020, le point de douleur au niveau du cou avait disparu, mais il persistait celle sur la partie gauche de la tête.

f. Par acte du 20 août 2024, l'intimé s'est référée à l'avis SMR du 15 août 2024 et a conclu au rejet du recours. Les nouvelles pièces produites n'apportaient pas d'éléments objectifs permettant de retenir une aggravation durable et notable de la capacité de travail ayant des répercussions sur la capacité de travail.

g. Par écriture du 9 septembre 2024, le recourant a fait valoir que l'amélioration de l'état de santé avait été retenue en s'appuyant sur le seul rapport du Dr E_____ du 17 juillet 2023 alors que ce dernier ne se prononçait que dans son domaine de compétence et sur les suites de l'intervention qu'il avait réalisée. Aucune instruction complémentaire n'avait été effectuée. Sur la base de cette appréciation lacunaire, une perte de gain de 33% avait été déterminée, ce qui avait conduit à la suppression de la rente par décision du 12 mars 2024. Au moment de la notification de la décision litigieuse, les conditions pour une révision n'étaient dès lors pas réunies. Il rappelait que dans le cadre d'une procédure de révision, il ne lui appartenait pas de démontrer une péjoration de son état de santé, mais qu'il revenait à l'office de démontrer une amélioration.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été notifiée au recourant le 13 mars 2024 et le délai de recours a couru jusqu'au samedi 23 mars 2024. Compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques – soit du 24 mars au 7 avril 2024 –, le délai de recours a été prorogé jusqu'au lundi 29 avril 2024, par application cumulative des art. 38 al. 3 et 38 al. 4 let. a LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 4A_190/2019 du 8 octobre 2019 consid. 1.1 ; 9C_413/2011 du 15 mai 2012 consid. 5.3 ; 5A_144/2007 du 18 octobre 2007 consid. 1). Posté le 29 avril 2024, le recours a été interjeté en temps utile.

Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. art. 89B LPA), il est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé supprimant le droit du recourant à la rente entière qui lui était allouée.

3.

3.1 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

3.2 En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1^{er} janvier 2022. Par ailleurs, l'intimé se prévaut d'un changement de circonstance qui serait survenu le 17 juillet 2023. Par conséquent, les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. Selon l'art. 17 LPGA dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2022, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b) (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).
5. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (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).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

6. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

7.

7.1 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 ; 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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 convient 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 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

7.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

S'agissant de la valeur probante des 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 et les références).

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 ; 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

- 8.** L'art. 16 LPGa prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une

activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2). La prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références).

Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) (ATF 126 V 75 consid. 3b.). Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 4 jusqu'à l'ESS 2010 et niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique qui s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références).

9. 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).

10.

10.1 En l'espèce, l'intimé fait valoir que le recourant n'a pas démontré une aggravation de son état de santé permettant de remettre en cause les conclusions du SMR du 22 novembre 2023 quant à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 17 juillet 2023, ce qui implique que la suppression de rente doit être confirmée. Quant au recourant, il fait valoir que les documents établissent l'absence d'amélioration durable de son état de santé, ce dernier s'étant au contraire aggravé par un nouveau diagnostic, dès lors la rente devait être maintenue.

10.2 En premier lieu, la Cour de céans rappelle que par décisions des 15 et 29 août 2018, l'office a retenu une incapacité totale de travail à compter de juillet 2013. Le SMR avait alors conclu que l'état de santé n'était pas stabilisé sur le plan rhumatologique suite à l'intervention du 11 septembre 2017, les douleurs cervicales à droite s'étant atténuées, mais des scapulalgies importantes étant apparues à gauche. Sur le plan psychiatrique, il existait un épisode dépressif dont l'intensité était entre sévère en 2014 et moyenne en juillet 2016, lequel était traité.

La rente a été maintenue par communication du 3 juillet 2020 en se basant sur les rapports des médecins traitants, sans soumission au SMR.

Il convient dès lors de comparer la situation à celle qui prévalait en 2018, globalement comparable à celle de juillet 2020, à celle de mars 2024, date de la décision litigieuse.

Ainsi, en 2018, ce sont l'état dépressif, les douleurs cervicales à droite et les scapulalgies à gauche qui ont conduit à retenir une incapacité de travail totale dès juillet 2013, le SMR considérant que l'état de santé n'était pas stabilisé sur le plan somatique.

En 2020, suite à la nouvelle intervention réalisée en mars 2020, l'état était toujours évolutif sur le plan somatique, le recourant se trouvant encore en phase post-opératoire. Le volet psychique n'est pas abordé par les médecins traitants du recourant, mais évoqué dans les lettres de sortie de la clinique de Montana.

Dans le cadre de la révision de 2023, il apparaît que, sur le plan psychiatrique, le recourant n'est plus suivi et qu'il n'a plus de traitement médicamenteux.

S'agissant du volet somatique, dans son rapport de mai 2013, la Dre F_____ fait état d'un état stable, mais d'une volonté du recourant de tenter une reprise professionnelle à 20%.

Dans son rapport du 17 juillet 2023, le Dr E_____ a conclu à la présence de séquelles sous forme de douleurs résiduelles dans l'épaule et le membre supérieur gauche ainsi qu'une légère diminution de la force du membre supérieur gauche (perte maximum de 10%) ainsi qu'un manque d'endurance. Il relevait des répercussions sur l'état psychique. Selon son appréciation, l'assuré était capable d'effectuer des tâches assez lourdes dans le bâtiment et disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle.

Sur la base de ce dernier rapport, le SMR a retenu une capacité de travail de 80% mais dans une activité adaptée à compter du 17 juillet 2023, excluant l'existence de troubles psychiques avec répercussion sur la capacité de travail.

Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a produit plusieurs rapports médicaux qui concluent à l'absence d'amélioration durable en annonçant une nouvelle atteinte, soit un syndrome de névralgie d'Arnold.

Ainsi, le Dr E_____ a attesté d'une aggravation dans son certificat du 15 mars 2024.

Dans son rapport du 21 mars 2024, la Dre F_____ a expliqué que le recourant avait certes connu une légère amélioration en 2023 avec stabilisation de ses souffrances, ce qui avait conduit à envisager une reprise à 20%. Cependant, l'état de santé s'était péjoré par la suite avec l'apparition des douleurs évoquant un syndrome de névralgie d'Arnold. Le recourant vivait dès lors en permanence avec des douleurs chroniques invalidantes impliquant la prise de multiples antalgiques qui le poussaient à s'isoler et le déstabilisait sur le plan psychique.

Le rapport du Dr G_____ du 11 mars 2024 allait également dans le sens de l'existence d'une névralgie d'Arnold.

À ce stade, il sied de relever que, par avis du 14 mai 2024, le SMR a admis que la présence d'une névralgie d'Arnold avait rendu plausible une aggravation, mais qu'il lui fallait disposer d'un rapport détaillé du neurologue traitant lequel devrait comprendre l'agenda des crises en lien avec le syndrome du nerf d'Arnold, la fréquence et la durée des crises, ainsi que le descriptif du traitement utilisé et l'efficacité de ce dernier afin d'évaluer son impact.

Interpellé, le Dr G_____ a établi un rapport en date du 19 juillet 2024, lequel ne répond pas aux points demandés par le SMR. Le Dr G_____ a toutefois relevé une évolution clinique défavorable malgré les traitements avec des douleurs très invalidantes empêchant toute activité professionnelle selon son appréciation, étant précisé que les examens radiologiques ne permettaient pas d'expliquer l'intensité de la symptomatologie.

Au vu de ce qui précède, il est démontré que l'amélioration retenue par le SMR repose uniquement sur le rapport du Dr E_____ du 17 juillet 2023 duquel il s'est cependant écarté en excluant toute reprise dans l'activité habituelle.

Aucune autre investigation n'a été réalisée alors que la décision litigieuse est intervenue en mars 2024.

Pour rappel, dans son rapport du 17 juillet 2023, le Dr E_____ concluait à une reprise à 80% dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment, ce qui semble surprenant vu les atteintes reconnues et documentées du recourant.

Il sied de relever que le même Dr E_____ a conclu à une aggravation de l'état de santé dans son attestation du 15 mars 2024, sans se prononcer sur la capacité de travail.

Il apparaît dès lors que le rapport du Dr E_____ du 17 juillet 2023, seule base de l'amélioration retenue par le SMR est sujet à caution. Cependant, il fait état d'une évolution positive de l'état de santé du recourant qui est admise de manière plus nuancée par la Dre F_____.

Dans le cadre de la procédure, le recourant a produit des documents médicaux attestant de l'existence d'une nouvelle atteinte au moment de la notification de la décision litigieuse. Les Drs G_____ et F_____ y ont conclu à une totale incapacité de travail.

De l'aveu même du SMR, cette nouvelle atteinte devait être éclaircie en sollicitant un complément d'information détaillée auprès du neurologue traitant, soit le Dr G_____, pour déterminer son impact.

À la lecture des rapports émanant du Dr G_____, il est manifeste que ce dernier n'a pas fourni les informations demandées.

Dans son avis du 15 août 2024, le SMR a toutefois considéré que la palpation cervicale déclenchait des hémicrâniées gauches dans la région du nerf d'Arnold selon le neurologue traitant. D'après le SMR, les douleurs avaient dès lors un caractère intense et fugace car le recourant avait les larmes aux yeux à ce moment de la consultation et ne nécessitait pas une prise en charge hospitalière à visée antalgique par la suite. Il relevait que l'imagerie ne permettait par ailleurs pas d'expliquer l'intensité de la symptomatologie. Il estimait que, d'un point de vue médico-théorique, la douleur dans le cadre du syndrome du nerf d'Arnold devait être soulagée par l'anesthésique. Les brachialgies avaient pour le surplus été atténuées par la dernière intervention, ce qui était confirmé par le recourant lui-même dans son courrier aux HUG.

En l'espèce, pour la Cour de céans, le fait que la palpation de la nuque déclenche des hémicrâniées ne permet pas d'admettre que celles-ci seraient fugaces alors que les rapports au dossier font état de douleurs permanentes, nécessitant la prise d'antalgiques.

Cependant, selon les éléments au dossier, la dernière intervention a apporté une évolution positive s'agissant des brachialgies.

Au vu de ce qui précède, les éléments au dossier ne permettent pas de trancher de l'existence ou non d'une amélioration durable de l'état de santé du recourant, en particulier s'agissant de l'éventuel impact de la névralgie d'Arnold. À cela s'ajoute que les docteurs E_____, F_____ et G_____ font état de répercussions psychiques sans que celles-ci aient été investiguées.

Il en résulte qu'un complément d'instruction médical doit être réalisé sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comprenant à tout le moins les volets psychiatrique, rhumatologique et neurologique.

Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics et limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et l'évolution de cette dernière depuis la décision initiale de l'intimé, en motivant suffisamment leur appréciation.

Vu les carences dans l'instruction réalisée par l'office et de la nécessité d'actualiser le dossier médical du recourant, un renvoi à l'intimé se justifie pour mise en œuvre d'une expertise.

- 11.** Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 12 mars 2024 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision motivée.
- 12.** Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).
- 13.** Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 mars 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de CHF 2'500.- au recourant 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

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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