



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1210/2019

ATAS/47/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 janvier 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par APAS-
association pour la permanence de défense des patients et des
assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1986, divorcé et père de trois enfants, est titulaire d'un CFC de plombier.
2. Le 1^{er} mai 2017, il a été engagé en qualité de monteur sanitaire par la société B_____ SA (ci-après : l'employeur). Durant son temps d'essai, soit le 11 juillet 2017, l'employeur a mis fin à son contrat de travail pour le 20 juillet 2017.
3. Le 26 juillet 2017, l'employeur a transmis au Groupe Mutuel Assurances SA une « déclaration d'incapacité de travail maladie », indiquant que l'assuré s'était déboîté l'épaule gauche. Il avait été en incapacité de travail depuis le 28 juin 2017.
4. Le 25 juillet 2017, la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a informé l'assuré de ce que les troubles de l'épaule gauche survenus lors du port d'un sac de gravats n'étaient pas dus à un accident, de sorte que les conditions de prise en charge du cas par l'assurance-accident n'étaient pas réalisées.
5. Une arthro-IRM réalisée le 17 août 2017 a révélé la présence d'une fissuration labrale postéro-inférieure, un labrum antéro-inférieur grêle, une lésion de Hill-Sachs ancienne, un aspect en subluxation postérieure de la tête humérale et pas de rupture de la coiffe des rotateurs. Un scanner de l'épaule gauche de l'assuré du 13 septembre 2017 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a fait suspecter une instabilité multidirectionnelle de l'épaule avec lésion Bankart osseux, reverse Bankart et Hill-Sachs.
6. Le 24 novembre 2017, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule gauche par le docteur C_____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, en raison d'une instabilité antéro-inférieure avec lésion labrale antéro-inférieure (compte-rendu opératoire du Dr C_____ du 27 novembre 2017).
7. Le 19 décembre 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité, indiquant avoir subi une opération de l'épaule après plusieurs luxations. La demande a été transmise à l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 31 janvier 2018 par Philos Assurance Maladie SA, membre du Groupe Mutuel.
8. Le 31 janvier 2018, Philos Assurance Maladie SA a indiqué qu'elle agissait en qualité d'assureur perte de gain maladie de l'assuré et qu'à ce titre, elle lui avait versé des indemnités journalières en sa faveur depuis le 28 juin 2017 à 100 %.
9. Le 8 février 2018, l'employeur a rempli un questionnaire de l'assurance-invalidité, dans lequel il a indiqué que le contrat de travail avait été résilié en raison de l'absentéisme de l'assuré. De l'avis de l'employeur, l'assuré pourrait exercer l'activité de magasinier. Le salaire annuel de son employé était de CHF 19'029.60 du 1^{er} mai 2017 au 20 juillet 2017, étant précisé que le salaire horaire s'élevait à

CHF 34.- pour un salaire de base de CHF 5'893.20. Sans atteinte à la santé, l'assuré gagnerait CHF 76'611.60 (soit CHF 5'893.20 par mois) dans son ancienne activité.

10. Le 13 février 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, a rempli un rapport médical AI, posant les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de trouble anxieux dépressif mixte (F41.2) et trouble mental et trouble du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques (F13.23). L'assuré suivait un régime de maintenance ou substitution, sous surveillance médicale. Il a indiqué suivre l'assuré du 16 janvier 2017 au 11 décembre 2017, étant précisé qu'il ne se présentait plus à ses rendez-vous depuis le 11 décembre 2017, date du dernier entretien. Le médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré.
11. Le Dr C_____ a également rempli un rapport médical AI le 13 février 2018, posant les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'instabilité antéro-inférieure, lésion SLAP 1 et lésion Hill-Sachs. Il a indiqué suivre le patient depuis le 13 juillet 2017, le dernier contrôle datant du 11 janvier 2018. L'incapacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 13 juillet 2017, tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient l'absence de port de charges et une mobilité limitée. Le pronostic sur sa capacité de travail dépendait de l'évolution de sa rééducation.
12. Dans un rapport médical intermédiaire du 20 juin 2018, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et qu'il présentait une mobilité meilleure malgré des douleurs persistantes. Les diagnostics restaient inchangés et le pronostic était bon. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de plombier. Le médecin ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée.
13. Dans un rapport médical intermédiaire du 2 juillet 2018, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 1^{er} décembre 2017 et que son évolution était favorable. Le dernier examen médical datait du 18 juin 2018. Les diagnostics demeuraient inchangés. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de plombier mais entière dans une activité adaptée. La compliance était moyenne et la concordance entre les plaintes et son examen clinique était bonne. Aucun examen médical complémentaire n'était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé.
14. Le 4 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
15. Par projet de décision du 11 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré que sa demande de prestations était rejetée. Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100 % dès le 7 juin 2018. La comparaison des gains sans invalidité de CHF 58'729.- et avec invalidité de CHF 60'320.- (fondés sur le salaire tiré de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires [ESS] 2014, tableau TA1 tirage

skill level, avec un abattement de 10 %) aboutissait à un degré d'invalidité nul. Les revenus sans invalidité étaient fixés sur la base d'une moyenne sur six ans.

16. Le 18 juillet 2018, Philos assurance maladie SA a accordé à l'assuré une indemnité journalière de transition pour le changement d'occupation jusqu'au 31 octobre 2018.
17. Le 6 août 2018, l'assuré a formé opposition au projet de décision. Il a précisé que son atteinte à la santé était physique et non psychique, de sorte que le rapport du Dr D_____ devait être écarté du dossier. Il a joint un rapport de consultation du 18 juillet 2018 dans lequel le Dr C_____ a évoqué une évolution montrant une persistance de certaines douleurs ainsi qu'un manque de force important et une limitation de la mobilité surtout dans les mouvements d'élévation. Il avait référé son patient à ses collègues de la rééducation pour une prise en charge commune afin d'avoir une meilleure évolution. D'après le médecin, l'assuré n'était pas apte à reprendre un travail à 100 % au moment de son évaluation, surtout dans un travail nécessitant une utilisation de force de ses membres supérieurs ainsi que des mouvements répétitifs en élévation. Il a ajouté qu'une reconversion serait judicieuse pour préserver l'évolution de cette articulation pour l'avenir.
18. Un mandat de réadaptation a été établi le 8 août 2018 par l'OAI pour déterminer si l'assuré pouvait bénéficier de mesures professionnelles. Le 19 septembre 2018, le service de réadaptation a conclu que des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates et qu'elles ne permettraient pas de réduire le dommage. Il y avait lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités qui étaient simples et légères, qui étaient accessibles sans aucune formation particulière. Les conditions pour l'aide au placement n'étaient pas non plus remplies, dans la mesure où l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé posant un problème majeur dans la recherche d'un emploi.
19. Dans un avis du 29 octobre 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a admis que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais a constaté que les éléments médicaux permettant de juger d'une capacité de travail dans une activité adaptée n'étaient pas suffisants, les limitations fonctionnelles de l'assuré n'étant pas connues. Il convenait donc de réinterroger le Dr C_____.
20. Dans un rapport de consultation du 29 novembre 2018, le Dr C_____ a indiqué qu'alors que l'évolution de son patient était initialement favorable, il présentait une récurrence de douleurs sur un faux mouvement avec, cependant, aucune nouvelle lésion décelable. Actuellement, la douleur au repos était une sensation de gêne au niveau de l'omoplate et du pectoral, évaluée à 4 sur 10, péjorée par la mobilisation avec des douleurs décrites, selon le patient, de type musculaire. Il avait également des sensations de craquement dans son épaule. Au status, il retrouvait une légère douleur à la palpation du long chef du biceps ainsi que de l'insertion du pectoral et une douleur à la palpation de l'épine de l'omoplate. Une amyotrophie était notée au

niveau du deltoïde ainsi que du sus et infra- épineux. Il proposait que son patient soit pris en charge par les rééducateurs pour renforcer l'épaule et améliorer la mobilité. Au vu des lésions présentes initialement dans cette épaule, il pensait qu'un travail de force n'était actuellement plus exigible. Une reconversion dans un travail adapté, en n'utilisant pas de charge des membres supérieurs, pouvait être envisagée à 50 % au maximum.

21. Le 14 décembre 2018, sur invitation du SMR, le Dr C_____ a rempli un nouveau rapport médical AI, dans lequel il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée depuis le 29 novembre 2018. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : impossibilité de porter des charges et d'utiliser les membres supérieurs au-dessus des épaules.
22. Dans un rapport du 21 février 2019, après avoir résumé les avis médicaux des Drs C_____ et D_____, le SMR a retenu, sans aucune motivation, que la capacité de travail de l'assuré dans une activité strictement adaptée à ses limitations était de 100 %, et ce dès avril 2018, soit six mois après l'opération.
23. Par décision du 26 février 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations formée par l'assuré. Après examen du rapport médical du Dr C_____ du 18 juillet 2018 et des renseignements complémentaires requis par le SMR, l'OAI a retenu que l'assuré était à même de reprendre une activité adaptée à temps complet six mois après l'intervention pratiquée en novembre 2017. Pour le reste, l'OAI a repris la comparaison des gains effectuée dans son projet de décision.
24. Par acte du 25 mars 2019, l'assuré a recouru devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée, concluant à son annulation et sollicitant un délai pour compléter son recours.
25. Dans son complément de recours du 3 juin 2019, il a pris des conclusions supplémentaires tendant au versement en sa faveur d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018 et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel à titre de réadaptation, avec suite de frais et dépens. Il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis du Dr C_____ retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. S'agissant du salaire sans invalidité, l'OAI avait retenu à tort un salaire de CHF 58'729.- par année sur la base d'une moyenne des années précédentes. Sans atteinte à la santé, il aurait continué à travailler pour B_____ SA pour un salaire minimal de CHF 76'612.- par année. L'abattement de 10 % n'était pas suffisant pour tenir compte de ses limitations psychiques. En tenant compte d'un abattement de 25 %, le salaire avec invalidité s'élevait à CHF 25'133.-, de sorte que la perte de gain était de 67 %, ce qui ouvrait le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. L'activité habituelle n'étant plus exigible et l'assuré disposant d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, c'était à tort que l'OAI avait nié son droit à des mesures de réadaptation.

26. Par réponse du 8 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. D'un point de vue somatique, le Dr C_____ retenait une capacité de 50 % dans une activité adaptée, soit sans port de charges et sans abduction des membres supérieurs au-dessus des épaules. Ces limitations étaient toutefois insuffisantes pour justifier une incapacité de travail dans toute activité de 50 %. Aussi était-ce à juste titre que le SMR s'était écarté de cette conclusion pour retenir une capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, au regard du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, il convenait de retenir qu'un nombre significatif de ces activités étaient adaptées aux empêchements de l'assuré sans déterminations complémentaires.
27. Le 16 juillet 2019, l'assuré a produit un rapport médical de la doctoresse E_____, spécialiste en médecine interne du Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI) Servette des HUG, du 18 juin 2019. La doctoresse a indiqué avoir repris le suivi psychiatrique de l'assuré depuis le 29 mars 2019, à la demande de ce dernier. Elle a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle en raison de l'épisode dépressif sévère. Elle a notamment observé des symptômes anxieux et dépressifs marqués, qui semblaient s'être progressivement chronicisés depuis janvier 2017 (basé sur les informations obtenues par téléphone du Dr D_____). La symptomatologie était caractérisée par un repli sur soi, une anxiété avec attaques de panique occasionnelles, une thymie basse, des troubles de la concentration, une anhédonie et une aboulie, une dévalorisation de soi, un sentiment d'inutilité, des idées suicidaires passagères sans projet concret et des ruminations par rapport à sa situation sociale difficile. Il s'agissait d'un état qui s'auto-entretenait avec un patient qui se montrait très affecté par sa séparation d'avec son épouse en novembre 2018, les démarches en cours par rapport à la garde de son fils cadet, sa blessure à l'épaule, sa perte d'emploi et sa perte d'un domicile. La sévérité de la symptomatologie anxio-dépressive qu'il présentait, qui semblait en grande partie réactionnelle, l'empêchait pour le moment d'entreprendre plusieurs démarches nécessaires pour se sortir de sa situation, ce qui avait jusqu'alors contribué à l'absence d'évolution psychiatrique positive.
28. Par réplique du 6 août 2019, l'assuré a modifié ses conclusions et sollicité le versement d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} août 2018. Si la chambre de céans venait à estimer que des mesures d'instruction complémentaires étaient nécessaires, il sollicitait la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Le revenu sans invalidité devant être pris en considération était celui que l'assuré aurait gagné auprès de l'entreprise B_____ et non une moyenne sur plusieurs années. L'absentéisme invoqué par l'employeur était lié aux atteintes à la santé de l'assuré. Sur le plan psychique, il convenait d'examiner les conclusions du Dr D_____ avec circonspection. Le rapport de la Dresse E_____ avait quant à lui pleine valeur probante.

29. Par duplique du 10 septembre 2019, l'OAI, se référant à un avis médical du SMR du même jour, a maintenu ses précédentes conclusions. L'assuré présentait une symptomatologie de type anxiodépressive réactionnelle, plutôt qu'un trouble dépressif sévère. Les symptômes décrits par la Dresse E_____ correspondaient plutôt à une atteinte dépressive d'intensité moyenne que sévère, et l'assuré présentait de plus une symptomatologie anxieuse. En se basant sur la symptomatologie décrite, le diagnostic psychiatrique à retenir se rapprochait de celui retenu par le Dr D_____ dans son rapport médical de février 2018, soit un trouble anxieux et dépressif mixte, qui s'était amélioré, et n'était pas incapacitant sur le long terme. S'il y avait aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assuré, elle n'était pas d'intensité sévère et était postérieure à la décision.
30. Dans ses observations du 3 octobre 2019, l'assuré a contesté l'argument de l'OAI selon lequel le tableau clinique était uniquement constitué d'atteintes qui relevaient de facteurs socio-culturels. Contrairement à ce que soutenait le SMR, le rapport médical de la Dresse E_____, en phase d'acquisition d'une spécialisation en psychiatrie, excluait que l'atteinte à la santé psychique était postérieure à la décision litigieuse.
31. Le 25 octobre 2019, l'assuré a produit un rapport de consultation du 14 octobre 2019, dans lequel le docteur F_____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a préconisé la réalisation d'un scanner en vue de proposer une procédure de Latarjet. Il a précisé que l'assuré présentait toujours des douleurs de son épaule associées à une instabilité antérieure et une appréhension. Les douleurs au repos étaient évaluées à 2 sur 10. Elles pouvaient être beaucoup plus importantes à la mobilisation avec des fourmillements et des douleurs allant jusqu'au bout des doigts, localisées en antérieur, en postérieur, en supérieur et également présentes la nuit.
32. Le 16 décembre 2019, l'assuré a informé la chambre de céans de ce qu'une intervention chirurgicale de l'épaule gauche était prévue le 5 février 2020. Était joint à son écriture, un rapport de consultation du 3 décembre 2019, dans lequel le Dr C_____ a indiqué qu'au vu de la mauvaise évolution de l'assuré, dans un contexte de douleurs persistantes de son épaule gauche avec manque de mobilité et instabilité persistantes, une intervention de stabilisation par Latarjet pourrait améliorer sa symptomatologie.
33. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018 et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.
4. 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^{er} janvier 2008).
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. 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. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588/2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

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 (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/cc. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

7. a. 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).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

8. En l'occurrence, sur le plan somatique, le diagnostic de luxation de l'épaule gauche n'est pas contesté. Les limitations fonctionnelles découlant de ce diagnostic, soit l'impossibilité de porter des charges et d'utiliser les membres supérieurs au-dessus des épaules, ne sont pas non plus remises en cause. Les parties s'opposent en revanche sur la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

La chambre de céans relève d'emblée que, sur ce point, le dossier contient uniquement les rapports du Dr C_____, chirurgien traitant de l'intéressé. Dans ses rapports des 29 novembre 2018 et 14 décembre 2018, le médecin a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité

adaptée. Cette appréciation est contestée par le SMR qui, sans la moindre motivation, retient une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Force est cependant de constater que le rapport de synthèse établi par le SMR ne repose pas sur une observation clinique, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Le résultat de cette appréciation n'est toutefois corroboré par aucune pièce médicale. Il est vrai qu'en principe une personne limitée dans le port de charges et l'utilisation des membres supérieurs au-dessus des épaules comme le recourant peut théoriquement travailler dans une activité légère à 100 %. Néanmoins, le dossier ne contient aucun rapport médical l'attestant et l'avis du SMR n'est pas propre à mettre en cause l'évaluation du Dr C_____. À cela s'ajoute que les documents médicaux versés au dossier mentionnent des douleurs persistantes qui peuvent réduire le rendement du recourant (cf. rapport médical intermédiaire du Dr C_____ du 20 juin 2018, rapport de consultation du Dr C_____ du 18 juillet 2018, rapport de consultation du Dr C_____ du 29 novembre 2018, rapport de consultation du Dr F_____ du 14 octobre 2019, rapport de consultation du Dr C_____ du 3 décembre 2019) et qui ont conduit les médecins à préconiser une nouvelle intervention de stabilisation de l'épaule. En pareilles circonstances, il appartenait au SMR d'étayer son point de vue divergent avec des explications claires et convaincantes. Or, il ne l'a pas fait, se contentant d'écarter sans motivation le seul avis médical versé au dossier concernant, sur le plan somatique, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Faute d'une analyse exhaustive de la situation médicale du recourant, l'intimé ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire avant de rendre sa décision de refus de prestations.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à un complément d'instruction. En présence de rapports médicaux du seul chirurgien traitant du recourant, la chambre de céans juge en effet insuffisant l'avis du SMR fondé sur le seul dossier et en l'absence de toute anamnèse ou examen clinique de l'intéressé. La cause étant renvoyée à l'intimé, il lui appartiendra également d'examiner le volet psychique de l'état de santé du recourant, en tenant compte en particulier des nouveaux éléments versés à la procédure.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera octroyée à titre de dépens.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

* * * * *

**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 de l'intimé du 26 février 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et, ceci fait, nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- 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