

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1369/2013

ATAS/999/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 octobre 2013

9ème Chambre

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à VESENAZ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Luigi CATTANEO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Pierre Bernard PETITAT et
Jean-Pierre WAVRE , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après l'assuré), né en 1967 au Portugal, est arrivé en 1994 en Suisse, où il a travaillé notamment en tant que nettoyeur auprès de X_____ S.A.
2. Le 17 octobre 2008, l'assuré a été victime d'une chute entraînant des lésions à l'épaule droite et une incapacité de travail totale.
3. La SUVA (ci-après l'assureur-accidents), a pris en charge les suites du cas.
4. Le 23 janvier 2009, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite, une ténodèse du long chef du biceps, une résection du centimètre externe de la clavicule et une acromioplastie effectuées par le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de l'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE (ci-après les HUG).
5. Le 20 avril 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI).
6. Par rapport du 24 mai 2009, le Dr A_____ a diagnostiqué une lésion de la coiffe des rotateurs à droite. L'incapacité de travail était totale et il était trop tôt pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles de l'assuré.
7. Le 20 octobre 2009, l'assuré a été examiné par le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie cardiaque et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, qui a relevé que l'évolution après l'opération n'avait pas été favorable, précisant que le suivi n'avait pas été assez rigoureux. L'assuré avait actuellement une épaule bloquée et douloureuse. Une demande de prise en charge intensive auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) avait été faite.
8. Par rapport du 18 décembre 2009, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a diagnostiqué une capsulite à l'épaule droite. Son patient présentait une raideur à l'épaule et l'incapacité de travail à 100% perdurait.
9. Du 28 octobre au 25 novembre 2009, l'assuré a séjourné auprès de la CRR. Par rapport du 15 janvier 2010, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a diagnostiqué une arthrose acromio-claviculaire, une rupture partielle de la face articulaire du tiers moyen du tendon supra-épineux, une rupture partielle de la face profonde du sous-scapulaire à son insertion sur le trochin au niveau de sa portion supérieure, une arthroscopie de l'épaule droite (ténodèse du long chef du biceps, résection du centimètre externe de la clavicule, bursectomie, acromioplastie), un syndrome épaule-main et une capsulite rétractile de l'épaule droite. L'évolution suite à l'opération avait été compliquée par le développement

d'un syndrome épaule-main et d'une capsulite. La prise en charge en physiothérapie, en ergothérapie et le traitement médicamenteux n'avaient pas amené de nette diminution des douleurs, ni d'amélioration des amplitudes de l'épaule. Vu les douleurs persistantes et la mobilité limitée de l'épaule, la reprise de l'activité habituelle n'était pas possible. La situation au niveau médical n'était pas encore stabilisée et une réévaluation était nécessaire quand les douleurs auraient diminué. A long terme, il existait un risque de persistance d'un certain degré de limitation concernant les activités au-dessus de l'horizontal et le port de charges lourdes. L'incapacité de travail à 100% était par conséquent prolongée jusqu'au 11 janvier 2010, date du prochain rendez-vous de l'assuré avec son médecin traitant.

10. Par rapport du 28 décembre 2009, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis l'opération, il présentait une limitation dans l'utilisation du membre supérieur droit. Ce médecin avait des doutes quant à une reprise de travail dans l'activité habituelle ou dans une autre activité et il estimait nécessaire d'effectuer un examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré.
11. Par rapport du 16 février 2010, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que la capacité de travail dans l'activité de nettoyeur était nulle, qu'elle l'était également dans une autre activité en cas d'utilisation du membre supérieur droit; les limitations fonctionnelles consistaient en une impotence totale de ce membre chez un assuré droitier.
12. Par rapport du 3 mars 2010, le Dr A_____ a relevé que l'algoneurodystrophie était en pleine phase inflammatoire. Il laissait le soin au Dr E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, de gérer cette phase aigüe et il prévoyait de revoir l'assuré en janvier 2011 pour un nouveau contrôle clinique afin de rediscuter d'une éventuelle intervention chirurgicale si l'assuré n'avait pas regagné les amplitudes.
13. Par rapport du 29 mars 2010, le Dr C_____ a indiqué qu'il n'y avait aucune amélioration, l'assuré se plaignait de raideurs et de douleurs. S'agissant du pronostic quant à une date de stabilisation, le médecin a expliqué que le pronostic était mauvais, avec probablement un handicap fonctionnel de l'épaule et une raideur marquée qui persisterait après le traitement.
14. Du 8 au 18 juin 2010, l'assuré a séjourné dans l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique des HUG. Par rapport du 23 juin 2010, la Dresse F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a rappelé les diagnostics. Le séjour à la CRR avait confirmé le syndrome épaule-main. Il y avait eu plusieurs modifications du traitement médicamenteux et l'assuré réalisait de la physiothérapie en piscine deux fois par semaine, sans réelle amélioration sur les

amplitudes articulaires ou sur la douleur. Enfin, la capacité de travail de l'assuré était nulle à la fin du séjour.

15. Par rapport du 7 juillet 2010, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès des HUG, a expliqué que la cure effectuée lors du séjour aux HUG le mois précédent n'avait pas donné de résultat. La situation n'était pas stabilisée et il était trop tôt pour se prononcer sur une reprise du travail.
16. Par rapport du 28 septembre 2010, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré continuait à présenter une algoneurodystrophie en phase chaude, avec des douleurs oscillant entre 7/10 et 10/10 et un sommeil très perturbé. La mobilité de l'épaule était extrêmement douloureuse, les seules mobilités possibles se faisaient en piscine avec un physiothérapeute. Devant ce tableau fleuri d'algoneurodystrophie, il avait été décidé de pratiquer une scintigraphie afin de pouvoir la comparer à celle réalisée en juin 2009 et observer s'il y avait une évolution sur le plan osseux. La reprise de l'activité habituelle n'était pas envisageable dans les mois à venir. Le pronostic restait très réservé, étant précisé que l'assuré présentait une algoneurodystrophie depuis plus d'une année sans aucune amélioration.
17. Par rapport du 15 novembre 2010, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a procédé à l'examen final de l'assuré. Il a constaté que ce dernier présentait un tableau d'algoneurodystrophie avec raideur de l'épaule après la cure chirurgicale d'une déchirure de la coiffe des rotateurs avec atteinte du long chef du biceps sur un terrain d'arthrose acromio-claviculaire. La situation paraissait suffisamment stabilisée sur le plan médical. A l'examen, le médecin a relevé une limitation fonctionnelle douloureuse relativement importante de l'épaule droite dont les amplitudes actives et passives étaient diminuées dans tous les axes. Le retour vers une pleine capacité dans l'activité de nettoyeur paraissait difficilement envisageable, il convenait de mettre en route des mesures de reclassement professionnel. L'assuré avait une pleine capacité dans une activité exercée à hauteur d'établi et n'exigeant ni de sollicitation soutenue du membre supérieur droit, ni de sollicitation de l'épaule de 40° au-dessus de l'horizontal, ni de port de charges supérieures à 10 kg.
18. Par rapport du 24 février 2011, la Dresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après le SMR) a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, une capsulite rétractile de l'épaule droite avec algoneurodystrophie, post-traumatisme de l'épaule avec déchirure de la coiffe des rotateurs. Selon le rapport du Dr H_____, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, mais totale dès le 15 novembre 2010 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un travail à hauteur d'établi, n'exigeant ni de sollicitation répétée du membre supérieur

droit, ni de sollicitation de l'épaule de 40° au-dessus de l'horizontal, ni de port de charges au-dessus de 10 kg.

19. Par rapport du 8 juin 2011, l'OAI a estimé qu'un stage d'orientation en vue du placement était nécessaire pour déterminer les professions susceptibles de convenir aux limitations fonctionnelles de l'assuré et confirmer sa capacité résiduelle de travail.
20. Par communication du 8 juin et décision du 6 juillet 2011, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures professionnelles du 14 juin au 22 juillet et du 22 août au 2 octobre 2011, sous forme d'une orientation professionnelle auprès des ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (ci-après les EPI).
21. Après avoir observé l'assuré du 14 juin au 22 juillet, puis du 22 août au 2 octobre 2011, les EPI ont, par rapport du 11 octobre 2011, conclu que l'assuré ne pouvait pas être réadapté dans le circuit économique ordinaire. Leurs constatations en atelier et sur une activité industrielle légère simple et adaptée aux limitations (mise en sachet de pièces légères) avaient relevé que les limitations démontrées ne lui permettaient pas d'avoir des rendements exploitables dans l'économie libre. Ses rendements étaient de l'ordre de 45%, sa polyvalence et sa flexibilité étaient fortement limitées. Dès le 29 août 2011, l'assuré avait un certificat établi par le Dr J_____, médecin traitant, préconisant une activité au maximum de trois matinées par semaine pendant deux mois. L'assuré ne semblait pas prêt à commencer concrètement une réadaptation professionnelle et montrait de nombreux signes d'inconfort.
22. Le 14 décembre 2011, l'OAI a interrogé le Dr J_____ notamment sur l'aggravation éventuelle de l'état de santé de l'assuré, sur ses limitations fonctionnelles et l'exigibilité dans une activité adaptée.
23. Le 16 janvier 2012, le Dr J_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Le pronostic était réservé.
24. Par avis du 26 janvier 2012, la Dresse K_____ du SMR a relevé que si le Dr J_____ n'avait pas répondu à toutes leurs questions, il avait néanmoins noté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il n'y avait donc pas eu de nouvelle atteinte depuis l'examen effectué par le Dr H_____ le 15 novembre 2010, de sorte que le rapport du SMR du 24 février 2011 était toujours valable. Enfin, les conclusions des EPI ne reposaient pas sur des notions médicales, mais sur des aspects subjectifs.
25. Le 30 janvier 2012, l'OAI a procédé à une comparaison du revenu qu'aurait pu obtenir l'assuré en 2010 sans invalidité (64'772 fr.), avec le revenu qu'il aurait pu obtenir en 2010 à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (51'990 fr.). Il en résultait un degré d'invalidité de 19.7%.

26. Par projet du 27 septembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2009 au 28 février 2011. Il avait été constaté qu'en raison de ses atteintes à la santé, l'assuré avait une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 17 octobre 2008, ce qui ouvrait droit à une rente entière dès octobre 2009, soit à la fin du délai d'attente. Dès le 15 novembre 2010, son état de santé s'était amélioré et sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière dès cette date. En comparant le revenu sans invalidité en 2010, soit 64'772 fr. pour un plein temps, au revenu avec invalidité en 2010 à 100%, soit 51'990 fr., le degré d'invalidité était de 19.7%, insuffisant pour le maintien du droit à la rente. Par ailleurs, l'assuré avait bénéficié de mesures professionnelles du 14 juin au 2 octobre 2011, à l'issue desquelles la capacité de gain était demeurée inchangée. Le droit à la rente était par conséquent supprimé dès le 1^{er} mars 2011, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.
27. Par pli du 25 octobre 2012, le Dr J_____ a expliqué à l'OAI que certains points n'avaient pas été pris en considération. L'assuré présentait depuis son accident, un déficit majeur sur le plan fonctionnel de son épaule sans aucune amélioration. Il convenait également de prendre en compte les observations des EPI.
28. Le 30 octobre 2012, l'assuré a contesté le projet de décision, faisant valoir notamment que son état de santé ne s'était ni stabilisé, ni amélioré dès le 15 novembre 2010 et que des incohérences existaient entre les divers avis médicaux.
29. Par avis du 15 janvier 2013, la Dresse K_____ a rappelé que la situation était stationnaire et que le SMR n'avait pas validé médicalement la capacité de travail de 30% retenue par les EPI et basée sur des aspects subjectifs non vérifiés médicalement.
30. Par décision du 15 mars 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision, octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité d'octobre 2009 à février 2011 ainsi que 2'949 fr. à titre d'intérêts moratoires. Dès le 1^{er} mars 2011, la rente était supprimée dès lors qu'à compter du 15 novembre 2010, l'assuré avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A l'issue des mesures professionnelles octroyées du 14 juin au 2 octobre 2011, la capacité de gain était demeurée inchangée. Le nouveau certificat médical établi par le Dr J_____ ne modifiait pas les conclusions du SMR quant au degré de la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il résultait de la comparaison des revenus avec et sans invalidité en 2010, un degré d'invalidité de 19.7%, insuffisant pour le maintien du droit à la rente dès le 1^{er} mars 2011, soit trois mois dès l'amélioration de l'état de santé.

31. Par acte du 30 avril 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, et principalement, au maintien du droit à une rente entière dès mars 2011 ainsi qu'au versement d'un intérêt moratoire sur les rentes dues à compter du 1^{er} octobre 2009 jusqu'au 1er avril 2013. Le recourant fait valoir que le dossier n'a pas été correctement instruit sur le plan médical. L'intimé s'était ainsi fondé uniquement sur le rapport du Dr H_____ pour retenir que son état de santé s'était stabilisé et qu'il avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Or, ce rapport entraînait en contradiction avec l'ensemble des rapports établis, soit celui du Dr E_____ du 28 septembre 2010, qui estimait que le pronostic était alors très réservé, celui des EPI du 11 octobre 2011 qui concluait qu'il n'était pas en mesure d'être réadapté, et celui du Dr J_____ du 29 août 2011, qui estimait sa capacité de travail à trois matinées par semaine. En outre, le SMR s'était fondé sur un rapport incomplet du Dr J_____ du 16 janvier 2012 pour retenir que son avis du 24 février 2011 était toujours valable. Enfin, au vu des conclusions des EPI, l'intimé aurait dû mettre en œuvre un nouvel examen médical avant de rendre sa décision litigieuse.

A l'appui de son recours, le recourant produit un rapport du Dr C_____ du 23 avril 2013 rappelant la présence d'une capsulite de l'épaule extrêmement importante avec une épaule "gelée" qui n'a quasiment pas évolué depuis 2009. La situation était probablement définitive, elle entraînait un handicap majeur de l'épaule, qui ne bougeait pas, accompagné de douleurs. Par conséquent, le recourant ne pouvait reprendre son activité professionnelle de nettoyeur.

32. Par réponse du 30 mai 2013, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Il avait recueilli divers documents médicaux auprès des médecins traitants et du médecin conseil de l'assureur-accidents et il n'y avait pas de contradictions entre les pièces. Ainsi, le Dr H_____ s'était prononcé sur la capacité de travail résiduelle du recourant, alors que le Dr E_____ s'était prononcé sur le pronostic. En outre, le Dr J_____ avait attesté le 16 janvier 2012 que l'état de santé du recourant était resté stationnaire, de sorte que l'appréciation de la capacité de travail émise par le SMR le 24 février 2011 était encore valable postérieurement au stage effectué aux EPI du 14 juin au 2 octobre 2011. Par ailleurs, les faibles rendements constatés par les EPI relevaient grandement du comportement du recourant. Ils n'avaient pas été validés par des constatations médicales objectives et le certificat médical du 29 août 2011 du Dr J_____ n'apportait aucun élément médical supplémentaire. Il y avait donc lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport du Dr H_____ et aux évaluations subséquentes du SMR puisque aucune contradiction et aucun élément médical nouveau n'avaient été établis. Enfin, la conclusion relative aux intérêts moratoires devait être rejetée étant donné que ceux-ci sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance notamment d'un délai de 24 mois à

compter de la naissance du droit, selon l'art. 26 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1).

33. Par réplique du 26 juin 2013, le recourant renonce à sa conclusion relative au paiement des intérêts moratoires et persiste dans les autres conclusions. Il est d'avis qu'au vu de l'ensemble des pièces à disposition de l'intimé, celui-ci aurait dû le soumettre à une expertise médicale, puisque les conclusions du Dr H _____ du 15 novembre 2010 sont contredites par l'avis du Dr J _____ du 29 août 2011 et par les constatations des EPI du 11 octobre 2011.
34. Par duplique du 25 juillet 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions, ajoutant que le certificat du Dr J _____ du 29 août 2011 n'est pas motivé, qu'il ne contient aucun élément médical objectif et doit dès lors être traité avec de la retenue.
35. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA 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. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 15 mars 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA).
5. Le litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit du recourant à une rente à compter du 1^{er} mars 2011, étant précisé que le recourant ne conteste plus le montant des intérêts moratoires versé par l'intimé.
6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).
7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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).

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-quart 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. A 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 125 V 351 consid. 3).

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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2).

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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la

santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 consid. 2.3 et 9C_1035/2009 du 22 juin 2010, consid. 4.1 in SVR 2011 IV n° 6 p. 17, et ATFA I 35/03 du 24 octobre 2003, consid. 4.3 et les références in Plädoyer 2004/3 p. 64).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours 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'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

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. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente des atteintes à l'épaule droite entraînant des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de nettoyeur depuis le 17 octobre 2008.

S'agissant de la capacité de travail résiduelle, contestée en l'occurrence, l'intimé a retenu que le recourant présente depuis le 15 novembre 2010 une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, en se fondant sur l'évaluation du Dr H_____, dont les conclusions ont été reprises par le SMR (avis des 24 février 2011 et 26 janvier 2012).

Par rapport du 15 novembre 2010, le Dr H_____, médecin conseil de l'assureur-accidents, a constaté une algoneurodystrophie avec raideur de l'épaule qui s'était installée après la cure chirurgicale d'une déchirure de la coiffe des rotateurs avec atteinte du long chef du biceps sur un terrain d'arthrose acromio-claviculaire. A l'examen, le recourant présentait une limitation fonctionnelle douloureuse relativement importante de l'épaule droite dont les amplitudes actives et passives étaient diminuées dans tous les axes. Le recourant n'était pas en mesure de reprendre son activité habituelle, mais il avait une pleine capacité dans une activité exercée à hauteur d'établi et n'exigeant ni de sollicitation soutenue du membre supérieur droit, ni de sollicitation de l'épaule de 40° au-dessus de l'horizontal, ni de port de charges supérieures à 10 kg.

Suite à cette évaluation, le recourant a effectué un stage d'observation professionnelle auprès des EPI du 14 juin au 22 juillet, puis du 22 août au 2 octobre 2011. Dans leur rapport du 11 octobre 2011, les responsables des EPI sont arrivés à la conclusion que le recourant ne pouvait pas être réadapté dans le circuit économique ordinaire. Les observations en atelier et sur une activité industrielle

légère simple et adaptée aux limitations (mise en sachet de pièces légères) avaient relevé que les limitations démontrées ne lui permettaient pas d'avoir des rendements exploitables dans l'économie libre. Ses rendements étaient de l'ordre de 45%, sa polyvalence et sa flexibilité étaient fortement limitées. Le recourant ne semblait pas prêt à commencer concrètement une réadaptation professionnelle et montrait de nombreux signes d'inconfort au bras droit et dans la nuque. Les observateurs ont encore précisé que bien qu'il n'y ait pas d'atteinte aux membres inférieurs, ni la position assise, ni la position debout n'étaient tenues durablement en situation de travail. Même avec un plan de travail réglable en hauteur et avec un appoint, des repose-bras ergonomiques modulables, il n'avait amélioré ni son efficacité au travail, ni réduit la démonstration de signes d'inconfort et de marques de souffrance. Le bras droit devait toujours être en appui sur le plan de travail ou sur la cuisse droite (en position assise) et ne décollait pas du corps, ce qui ne lui donnait aucune amplitude, la main droite servait uniquement de pince. Le rythme de travail était lent, le tonus faible et le recourant présentait une résistance insuffisante à la douleur. Le recourant, plaintif, peu engagé et peu motivé, présentait un important déconditionnement physique et mental. Il n'avait pas les ressources morales et physiques suffisantes pour rebondir. Les conditions minimales admissibles n'étaient pas suffisantes pour que le recourant puisse commencer concrètement une réadaptation professionnelle et il n'y avait pas sur le marché du travail, d'activité suffisamment adaptée aux limitations et à la problématique du comportement du recourant.

Au regard de ces observations, force est de constater que le rapport des EPI et celui du Dr H_____ ne concordent ni sur la nature et l'étendue des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, ni sur son rendement. En effet, alors que le Dr H_____ a retenu que le recourant pouvait exercer, à plein temps sans baisse de rendement, une activité à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitation soutenue du membre supérieur droit, ni de sollicitation de l'épaule de 40° au-dessus de l'horizontal, ni de port de charges supérieures à 10 kg; les EPI ont relevé, quant à eux, que ni la position assise, ni la position debout n'étaient tenues durablement en situation de travail, que le bras droit devait toujours être en appui sur le plan de travail ou sur la cuisse droite (en position assise) et ne décollait pas du corps (ce qui ne lui donnait aucune amplitude), qu'une activité compatible avec les limitations entraînait des signes d'inconfort non seulement au bras droit, mais également dans la nuque et, enfin, que le rendement était seulement de 45%.

Certes, comme le fait valoir l'intimé, les responsables de l'observation professionnelle ont mentionné des facteurs subjectifs, à savoir le comportement plaintif, peu engagé et peu motivé du recourant laissant à penser que ce dernier n'était pas dans une dynamique de reprise d'activité professionnelle. Toutefois, ils ont également relevé que le recourant n'avait manqué aucun jour de stage (p. 4 du rapport), qu'il avait fait de son mieux pour réaliser le stage dans l'atelier de réentraînement (p. 10 du rapport), que le tonus faible et la réactivité parfois assez

lente pouvaient s'expliquer en partie par la quantité de médicaments et les problèmes de sommeil dont faisait état le recourant (p. 4 du rapport) et que le rendement observé de 45% était directement lié aux limitations (p. 10 du rapport), le recourant ressentant des douleurs depuis la nuque jusqu'au bras droit, même lorsque ce membre restait immobile, mais qu'il devait faire des mouvements répétés ou durables avec le gauche (pp. 3, 9, 10 et 11).

La Cour de céans est d'avis qu'à la lecture du rapport des EPI, rien ne permet de retenir, comme le prétend l'intimé, que la nature, l'étendue des limitations fonctionnelles et le rendement constatés par les EPI s'expliqueraient uniquement par des facteurs subjectifs et qu'ils ne seraient pas à attribuer à des restrictions d'ordre physique. Au contraire, les observations des EPI mettent en évidence des éléments suffisamment pertinents pour douter du caractère probant des conclusions émises par le Dr H_____. En effet, il n'apparaît pas que lors de son appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant, le Dr H_____ ait tenu compte des problèmes de sommeil de ce dernier, alors que le Dr E_____ en avait fait pourtant état dans son rapport du 28 septembre 2010. Le Dr H_____ ne s'est pas non plus prononcé sur l'effet éventuel du traitement médicamenteux sur la réactivité du recourant, ni sur la question de la permanence des douleurs dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée.

Qui plus est, la Cour de céans constate qu'aucune des pièces médicales versées au dossier ne permet de confirmer l'appréciation émise par le Dr H_____ et reprise entièrement par le SMR. On relèvera en effet qu'aucun autre spécialiste ayant examiné le recourant ne s'est prononcé sur les questions déterminantes de la stabilisation de l'état de santé du recourant, de sa capacité de travail résiduelle, de ses limitations fonctionnelles et de son rendement. Force est d'ailleurs de constater qu'une fois l'état de santé du recourant considéré comme stabilisé par l'intimé – soit à compter du 15 novembre 2010 - celui-ci n'a pas jugé utile d'interroger, avant de rendre sa décision litigieuse, les spécialistes qui suivaient le recourant depuis son accident – soit les Drs A_____, E_____ et C_____ - sur les questions pertinentes précitées. Or, ces médecins étaient incontestablement mieux à même de répondre à ces questions que le Dr J_____, médecin traitant généraliste, auquel l'intimé a adressé un questionnaire le 14 décembre 2011. Qui plus est, il ressort du rapport du 28 septembre 2010 que le Dr E_____ entendait encore procéder à une nouvelle scintigraphie de l'épaule droite pour observer s'il existait une évolution par rapport à l'examen effectué en juin 2009. Or, il aurait aussi été utile de connaître les résultats de cet examen complémentaire avant de statuer sur la capacité de travail résiduelle du recourant.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, la Cour de céans ne saurait confirmer l'appréciation du Dr H_____ selon laquelle, à compter du 15 novembre 2010, l'état de santé du recourant était stabilisé et sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement.

Par ailleurs, on ne saurait donner une importance décisive au certificat du Dr J_____ du 29 août 2011 et au rapport du Dr C_____ du 23 avril 2013. En effet, le Dr J_____ se contente d'invoquer une capacité de travail de trois matinées pendant deux mois, sans apporter aucune motivation. Quant au Dr C_____, celui-ci ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle du recourant.

En pareilles circonstances, vu l'absence de renseignements probants récoltés par l'intimé, la Cour de céans ne peut se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant et ses limitations fonctionnelles à compter de novembre 2010 et, partant, sur son degré d'invalidité.

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, après avoir interrogé les médecins spécialistes traitants du recourant. Le renvoi à l'intimé se justifie d'autant plus qu'aucune expertise n'a été réalisée par ce dernier. En cas de nécessité, un nouveau stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

11. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée en tant qu'elle met fin à l'octroi d'une rente dès le 1^{er} mars 2011 et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.
12. Le recourant, qui est représenté et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 15 mars 2013 en tant qu'elle supprime le droit du recourant à la rente dès le 1^{er} mars 2011.
4. La confirme pour le surplus.
5. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses dépens.
7. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
8. 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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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