

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/283/2011

ATAS/293/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mars 2013

9ème Chambre

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à Châtelaine, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître CHEVALIER Suzette

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Pierre-Bernard PETITAT et Jean-
Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en 1955, d'origine serbe, a travaillé, depuis son arrivée en Suisse en avril 1988, en tant que maçon spécialisé dans le polissage auprès de X_____ S.A. Sa maîtrise de la langue française est limitée.
2. Le 22 janvier 2008, l'assuré a subi un accident qui a causé une rupture partielle du tendon du sus-épineux et du muscle sous-scapulaire de l'épaule droite. Il est depuis lors en incapacité de travail totale.
3. Les suites du cas ont été prises en charge par la CNA.
4. Le 1^{er} juillet 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI).
5. Par rapport du 18 mars 2009, le Dr A_____, médecin traitant, a diagnostiqué une lésion partielle du tendon du sus-épineux de type PASTA à l'épaule droite et une lésion partielle du versant articulaire du tendon. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.
6. Par rapport du 15 mai 2009, le Dr B_____, psychiatre et psychothérapeute, qui suit l'assuré depuis le 28 août 2008, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) existant depuis début 2008. L'assuré lui avait été adressé en raison d'un état anxio-dépressif majeur apparu dans le cadre de douleurs chroniques post-traumatiques à l'épaule droite. Il présentait une humeur dépressive, des ruminations nocturnes, des insomnies rebelles, de la nervosité, une hypersensibilité aux bruits, une irritabilité, un repli sur soi, une perte pondérale de 12 kg en sept mois et un pessimisme avec des idées noires non suicidaires. Sous traitement, l'assuré était un peu plus calme, moins nerveux, moins irritable et moins sensible aux bruits, il dormait mieux (sans cauchemars), mais il était très gêné par les troubles cognitifs (mémoire de fixation, concentration et fatigabilité). Le médecin espérait que l'amélioration sous traitement se poursuive, mais cela dépendait d'une évolution somatique favorable de l'épaule droite. Grâce aux traitements médicamenteux et de soutien, l'assuré présentait une amélioration de la thymie, mais sans répercussion sur la capacité de travail globale, toujours nulle, laquelle dépendait surtout de l'état de santé physique. Enfin, le médecin a précisé que les troubles affectivo-cognitifs interféraient avec la capacité de travail et augmentaient le risque d'accidents.
7. L'assuré a été examiné, à la demande de l'assureur-accidents, par le Dr C_____, psychiatre. Par rapport du 19 août 2009, ce médecin a diagnostiqué des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Cinq à six mois après l'accident, des problèmes du registre psychique étaient apparus, à savoir principalement de la nervosité, de l'anxiété, une irritabilité et des insomnies. Le Dr

B_____ avait constaté la présence d'un état dépressif d'intensité sévère, mais qui avait bien répondu à un traitement médicamenteux. Lors de l'examen, l'expert ne constatait plus d'intensité dépressive sévère, mais plutôt légère, qui était désormais présente de manière continue. Il s'agissait clairement d'une difficulté d'adaptation par rapport à un événement stressant, qui avait complètement déstabilisé et modifié la vie de l'assuré, un événement accidentel auquel il ne pouvait s'adapter et qui était à l'origine de la problématique psychique. Il rejoignait le Dr B_____, à savoir que l'état psychique allait persister aussi longtemps qu'une solution acceptable pour l'assuré ne sera pas trouvée, objectif qui était particulièrement difficile à atteindre. L'aspect psychique n'allait pas limiter la réadaptation, mais plutôt les capacités physiques réelles de l'assuré.

8. Dans un formulaire adressé le 15 juin 2009 à l'assureur-accidents, l'employeur a indiqué que l'assuré avait été une force de la nature et qu'il avait eu un rendement de 40% supérieur au meilleur de ses collègues de travail.
9. Le 20 novembre 2009, l'assuré a été examiné par le Dr D_____, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents et spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier a constaté une insuffisance de la coiffe des rotateurs associée à une possible fracture ou contusion du trochiter. L'évolution avait été défavorable, avec persistance d'une limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule avec signe d'une capsulite rétractile et sur lequel se greffait un syndrome cervico-brachial avec signe déficitaire sensitif du membre supérieur droit. La problématique cervico-brachiale, déjà symptomatique avant l'accident, justifiait des investigations complémentaires, mais qui ne relevaient pas de l'assurance-accident. La limitation fonctionnelle de l'épaule et les troubles cervicaux-brachiaux ne permettaient pas d'envisager le retour vers une capacité de travail dans une activité de construction. En se basant exclusivement sur les séquelles de l'accident, une pleine capacité de travail pourrait être mise en valeur dans une activité légère, à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitations répétées du membre supérieur droit, ni de manutentions ou de sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontale. Enfin, dans le cas où un reclassement professionnel devait être entrepris, il y avait lieu de tenir compte de la pathologie cervicale.
10. Par rapport du 7 décembre 2009, la Dresse E_____, radiologue, a indiqué que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale effectuée le même jour révélait des troubles statiques avec inversion de la lordose en C3-C4 et une hernie discale postéro-latérale et foraminale gauche occupant 1/3 du canal cervical à cet étage.
11. Le 12 février 2010, une IRM de l'épaule droite de l'assuré a été réalisée en raison de la suspicion d'une épaule gelée. Par rapport du 15 février 2010, le Dr F_____, radiologue, a constaté des signes compatibles avec la présence d'ulcérations superficielles touchant le versant bursal et articulaire du tendon supra-

épineux à son 1/3 antérieur sans déchirure ni rétraction tendineuse évidente. Il y avait également des signes de bursite sous-acromiale, mais pas d'argument en faveur d'une capsulite rétractile, cette dernière n'étant évidemment pas exclue sur la seule base de cet examen.

12. Par avis du 6 avril 2010, le Dr G_____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a retenu les conclusions du Dr D_____. Ainsi, l'assuré présentait une rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais dès le 20 novembre 2009 (date de l'examen effectué par le Dr D_____), l'assuré avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes: activité légère, à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitations répétées du membre supérieur droit, ni de manutentions ou sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontale.
13. Le 28 avril 2010, l'assuré a eu un entretien auprès du service de la réadaptation professionnelle de l'OAI, au cours duquel il a notamment indiqué qu'il souffrait de douleurs à la nuque.
14. Un stage d'orientation professionnelle a été mis en place par l'OAI du 31 mai au 29 août 2010 pour déterminer les professions susceptibles de convenir aux limitations fonctionnelles de l'assuré.
15. Les Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) ont rédigé un rapport daté du 21 septembre 2010, dont il résulte que l'attitude de l'assuré n'était pas en adéquation avec les exigences en vigueur dans le milieu économique normal pour qu'il puisse être placé dans une entreprise. Il était trop plaintif et très centré sur ses douleurs. Il n'était pas dans une dynamique de reclassement professionnel. Ses nombreuses absences n'avaient pas permis la poursuite de l'observation dans l'atelier d'entraînement aux activités industrielles simples. Son niveau scolaire et surtout son français lacunaire ne permettaient pas de l'orienter vers d'autres activités. Enfin, étant donné que les EPI ne pouvaient pas déterminer à quel point la pathologie était handicapante pour l'assuré, ils proposaient à l'OAI de réinterroger le corps médical.

Les EPI ont par ailleurs joint un rapport établi le 31 juillet 2010 par leur médecin conseil, le Dr H_____, lequel a indiqué partager l'avis des Drs C_____ et B_____, à savoir qu'une réadaptation professionnelle sera extrêmement difficile et sans doute impossible à réaliser dans le contexte actuel. Etant donné que la fonction de l'épaule était extrêmement limitée, seules des activités très légères, non répétitives, pourraient théoriquement être proposées avec quelques chances de succès, mais l'obstacle de la langue, le niveau intellectuel et l'absence de formation étaient pratiquement insurmontables. Sur le plan psychologique, l'assuré restait

envahi par son problème douloureux et fonctionnel de l'épaule irradiant dans la nuque et n'arrivait pas à imaginer qu'il pourrait avoir une activité durable.

16. Par décision du 1^{er} octobre 2010, entrée en force, l'assureur-accidents a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité correspondant à un taux de 25% dès le 1^{er} octobre 2010 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité légère, en évitant que le bras droit ne soit mis à forte contribution.
17. Par avis du 5 octobre 2010, la Dresse I_____, médecin auprès du SMR, a indiqué qu'au vu du rapport du Dr H_____, il n'y avait pas d'éléments médicaux motivant une aggravation. Le status relatif à une limitation de la mobilité de l'épaule droite semblait être superposable à celui du Dr D_____. Il convenait donc de se référer à la décision de l'assureur-accidents.
18. Par projet de décision du 18 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière dès le 22 janvier 2009 jusqu'au 31 janvier 2010, date à partir de laquelle le droit à la rente était supprimé. Il résultait en effet du rapport du Dr D_____ que l'assuré disposait, à compter du 20 novembre 2009 (date de l'examen), d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
19. Par pli du 16 novembre 2010, l'assuré a contesté le projet, faisant valoir qu'outre les lésions dues à l'accident, il souffrait également d'une atteinte aux cervicales C3-C4 constatée par la Dresse E_____ et qui n'avait pas été prise en compte par l'assureur-accidents. L'OAI s'était donc à tort aligné sur l'avis de l'assureur-accidents. Par ailleurs, s'il n'avait pas pu suivre régulièrement le stage, c'était en raison de son état de santé déficient. L'assuré a rappelé qu'il avait travaillé durant vingt ans chez le même employeur, qu'il avait effectué des travaux lourds et qu'il ne s'en était jamais plaint.
20. Par décision du 17 décembre 2010, l'OAI a maintenu la teneur de son projet.
21. Par acte du 31 janvier 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation en tant qu'elle porte sur la période à compter du 1^{er} février 2010 et à l'octroi d'un trois-quart de rente dès cette date. Le recourant fait valoir que l'intimé n'a pas pris en compte toutes les atteintes à la santé qu'il présente, à savoir la problématique cervico-brachiale, une épaule gelée et des troubles psychiques. Ses absences lors du stage avaient été justifiées par des certificats médicaux et le recourant rappelle qu'il avait travaillé depuis son arrivée en Suisse auprès du même employeur, à l'entière satisfaction de ce dernier.

Le recourant produit un rapport établi le 21 janvier 2011 par le Dr A_____, qui explique ne pas être d'accord avec l'avis du SMR, qui se fonde sur l'examen effectué par le Dr D_____. Or, depuis lors, l'état de santé du recourant s'était péjoré, sous la forme d'une épaule gelée (douleurs nocturnes et raideurs matinales

qui demandent trois à quatre heures d'exercices accompagnés de douches et bains chauds pour retrouver la mobilité de l'épaule droite décrite dans le rapport du Dr D_____). Le Dr A_____ a estimé la capacité de travail du recourant à 50% (quatre heures par jour) dans une activité adaptée, exercée obligatoirement l'après-midi.

22. Le recourant a encore transmis à la Cour un rapport établi le 2 février 2011 par le Dr B_____, qui a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Ce médecin a expliqué que le recourant se plaint, outre des douleurs chroniques à l'épaule droite - aggravées aux mouvements, irradiant dans la nuque avec céphalées postérieures, mobilité réduite, manque de force, paresthésies - de douleurs à l'épaule gauche. Sur le plan psychique, sous traitement psychopharmacologique et une psychothérapie bimensuelle, le patient restait nerveux et irritable, souffrait d'insomnies et était très gêné par les troubles cognitifs (mémoire de fixation et concentration). Son humeur était sub-dépressive. Il présentait une personnalité fruste avec de très faibles capacités de mentalisation et d'introspection. Il y avait eu une légère amélioration thymique dans la première année de traitement en 2008/2009, qui ne s'était pas poursuivie, l'état psychique étant resté par la suite stationnaire. Les troubles affectivo-cognitivo-comportementaux actuels (irritabilité, nervosité, troubles de la concentration et de la mémoire) interféraient avec la capacité de travail, rendant impossible toute activité adaptée, avec par ailleurs un risque plus élevé d'accidents. Le recourant n'avait plus de capacités d'adaptation aux circonstances professionnelles nouvelles, ni d'apprentissage pour acquérir les nouvelles connaissances nécessaires pour un hypothétique travail adapté. La capacité de travail était toujours nulle. Le diagnostic retenu par le Dr C_____, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, était valable pour une durée ne dépassant pas les deux ans, ce qui n'était plus le cas chez le patient, qui était dépressif depuis son accident en janvier 2008, constaté en août 2008, soit il y a plus de deux ans.
23. Par réponse du 28 février 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le SMR avait pris en compte l'ensemble des éléments du dossier, notamment les rapports des médecins traitants. L'intimé s'est référé à l'avis du 14 février 2011 du SMR, le Dr G_____, selon qui la présence d'une humeur sub-dépressive, telle que constatée par le Dr B_____, correspondait bien au trouble de l'adaptation diagnostiqué par le Dr C_____. Ce trouble ne permettait pas de justifier une quelconque incapacité de travail. Le Dr D_____ avait mentionnée les lésions cervicales dans l'anamnèse: il n'avait finalement retenu qu'une contracture paracervicale droite, sans plus. Les médecins traitants n'en avaient d'ailleurs jamais fait état dans leurs rapports. Le rapport du psychiatre traitant du 2 février 2011 n'apportait aucun élément objectif permettant de modifier les conclusions du SMR du 6 avril 2010. Enfin, le médecin traitant n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles il avait estimé la capacité de travail résiduelle à 50%.

24. Le recourant a encore produit un rapport établi le 21 mars 2011 par le Dr B_____, qui précise que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) qu'il a noté dans son rapport du 2 février 2011 correspond au diagnostic initial, soit au moment où le recourant était arrivé chez lui. L'intensité de l'état dépressif avait ensuite diminué et étant donné qu'il était resté stationnaire, cela correspondait actuellement à un état dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11). D'ailleurs, le status psychiatrique constaté par le Dr C_____ faisait état de deux symptômes typiques majeurs nécessaires pour le diagnostic d'état dépressif moyen (une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité) associés à trois autres symptômes mineurs (des troubles de la concentration et de la mémoire, la perturbation du sommeil ainsi qu'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir). Le Dr B_____ a rappelé qu'il partageait le pessimisme du Dr C_____ concernant la difficulté particulière du recourant à se réadapter sur le plan professionnel.
25. Par ordonnance du 29 novembre 2011, la Cour a mis en œuvre une expertise judiciaire bi-disciplinaire orthopédique et psychiatrique, confiée aux Drs J_____ et K_____.
26. La rhumatologue a rendu son rapport le 7 mai 2012. L'experte retient les diagnostics de tendinopathie avec signes de rupture partielle du sus-épineux à droite, depuis le 22 janvier 2008 et une capsulite rétractile de l'épaule droite. L'hernie discale C3-C4 était asymptomatique. Les limitations fonctionnelles correspondent à celles décrites par le Dr D_____, à savoir pas de port de charges, pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit et aucun mouvement nécessitant une élévation du bras; elles se sont depuis lors légèrement aggravées. La mobilité active de l'épaule droite s'est ainsi un peu aggravée. Cela implique que les manutentions ou sollicitations de l'épaule ne peuvent plus être exercées en élévation en dessus de 45%. Dans une activité adaptée, la capacité de travaille est de 100%, avec une baisse de rendement de 25%.

L'expert psychiatre conclut à une dysthymie et agoraphobie avec trouble panique, susceptibles d'entraîner des arrêts de travail passagers, mais n'engendrant aucune limitation de la capacité de travail.

En concilium, les experts ont conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25% pour des raisons physiques.

27. Se déterminant sur les expertises, le médecin du SMR a indiqué ne pas comprendre pour quelle raison l'experte retient une baisse de rendement dans une activité adaptée, qui tient déjà compte des limitations fonctionnelles. La notion de baisse de rendement ressortissant au domaine non médical, celle-ci devrait être calculée sur la base d'une collaboration active avec l'assuré, ce qui n'était en l'espèce cependant pas possible au vu des conclusions des EPI. L'intimé a ainsi demandé à la Cour

d'interroger l'experte sur les motifs l'ayant conduite à retenir une diminution de rendement dans une activité adaptée.

28. L'assuré a contesté les conclusions de l'expert psychiatre. Il s'est référé au courrier de son psychiatre-traitant, qui considère que la dysthymie limite son fonctionnement relationnel et professionnel, de sorte qu'une incapacité de travail de 25% devrait être reconnue à ce titre. Le généraliste du recourant considère également qu'en raison des troubles du sommeil, son patient ne peut exercer une activité adaptée que quatre à cinq heures par jour.
29. Répondant par écrit à la Cour, l'experte rhumatologue a précisé que l'aggravation de la mobilité était probablement intervenue dans le courant de l'année 2010. Il pouvait être estimé qu'elle avait entraîné une diminution de rendement depuis le 1^{er} mai 2010, le stage EPI ayant été grevé de nombreuses absences avec une nette diminution de rendement.
30. Le SMR a estimé que ces explications n'étaient pas corroborées par des raisons médicales objectivables.
31. Le recourant a considéré que l'avis de l'experte n'était pas "franchement affirmatif" quant au début de l'aggravation. Les douleurs à l'épaule avaient déjà été objectivées en novembre 2009 par le médecin de la CNA. En outre, le Dr H_____ avait souligné qu'une réadaptation serait extrêmement difficile, toute activité manuelle lourde étant pratiquement impossible. La diminution de rendement évoquée par l'experte était ainsi intervenue bien avant le 1^{er} mai 2010.
32. Interrogée une nouvelle fois par la Cour, l'experte a indiqué ne pas disposer d'éléments objectifs permettant d'arrêter avec précision la date de la légère aggravation des troubles physiques. Elle s'était fondée sur le rapport de stage auprès des EPI pour en déduire une aggravation de la mobilité. Comme l'avait décrit le Dr D_____, la mobilité de l'épaule dans la vie de tous les jours était bonne. La baisse de rendement était due aux douleurs associées à une diminution de mobilité; elle était survenue entre le rapport du Dr D_____ et la fin du stage.
33. Se référant à l'indication de l'experte selon laquelle aucun élément objectivable ne permettait d'assoir la diminution de rendement et la légère aggravation retenues par celle-ci, l'intimé a maintenu sa position.
34. Le recourant a indiqué avoir interrogé son médecin, qui avait constaté un accroissement des douleurs en janvier 2010. L'incapacité de travail de 25% devait donc être retenue à partir du 1^{er} février 2010. La diminution de rendement pouvait être objectivée par l'IRM de l'épaule effectuée le 12 février 2010.
35. Par courrier du 28 janvier 2013, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La Cour a déjà admis sa compétence et la recevabilité du recours dans l'ordonnance d'expertise.
2. Il n'est pas contesté que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} janvier 2009 au 31 janvier 2010. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée de telle manière à supprimer son droit à une rente à compter du 1^{er} février 2010.
3. Comme exposé dans l'ordonnance d'expertise, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références).

Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a).

- a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). L'assuré a l'obligation de diminuer le dommage, de sorte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, mais doit rechercher le gain qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée (ATF 106 V 86 consid. 2).

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 275 consid. 4a).

- b. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). La tâche du médecin consiste ainsi 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. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134).

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 352 consid. 3).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

Enfin, 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 (ibidem).

4. En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr K_____ tient compte de l'ensemble des affections dont souffre le recourant, a intégré les éléments de son dossier médical, y compris du psychiatre traitant, expose les plaintes de l'expertisé, contient une anamnèse détaillée et les constatations objectives. La discussion, qui suit ces éléments, est circonstanciée et nuancée. L'expert explique clairement comment il parvient à retenir les diagnostics de dysthymie et agoraphobie avec trouble panique. Il expose également que lorsque l'expertisé a consulté le Dr B_____, il était probable que la dépression était plus intense et a pu atteindre le degré d'un véritable épisode dépressif. Par la suite, à partir de mai 2009 au moins, l'humeur s'était manifestement améliorée, notamment au vu des constatations du psychiatre traitant et du Dr C_____, dont il n'y avait pas de motif de s'écarter sur ce point. Dans son rapport de février 2011, le Dr B_____ qualifiait d'ailleurs son patient de sub-dépressif, ce qui confirmait qu'il n'y avait plus de dépression franche. Selon l'expert, cet état s'était progressivement installé. La dysthymie observée était gênante par sa durée. Elle diminuait aussi l'énergie disponible et concentrait l'attention du recourant sur des considérations négatives. Cela pouvait, occasionnellement, justifier des arrêts de travail passagers. Les limitations fonctionnelles liées à l'état de santé psychique n'étaient cependant pas d'une importance telle que la capacité de travail ou le rendement en seraient diminués de manière durable. Le trouble dépressif constituait une difficulté pour une réadaptation professionnelle, mais était surmontable.

Cette analyse paraît complète. Elle ne présente aucune contradiction, et les conclusions et réponses sont claires. Par ailleurs, l'appréciation du Dr K _____ n'est pas contredite par celle du Dr C _____, qui, en août 2009, a constaté un état dépressif d'intensité légère, présent de manière continue, mais ne limitant pas en soi la réadaptation. Certes, le psychiatre traitant diffère des experts sur le diagnostic, qualifiant l'état dépressif de moyen avec symptômes somatiques. Or, le Dr K _____ explique pour quels motifs ce diagnostic ne peut être retenu: seuls trois symptômes sur huit sont présents chez l'expertisé, alors qu'il en faut, selon la classification CIM-10, au minimum quatre pour retenir le diagnostic soutenu par le psychiatre traitant. Par ailleurs, au vu du lien thérapeutique unissant le médecin traitant à son patient, l'avis isolé de celui-là n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions concordantes de l'expert mis en œuvre par l'assurance-accidents et de l'expert judiciaire.

La Cour retient ainsi que l'affection psychiatrique dont souffre le recourant, quand bien même elle est de nature à justifier des arrêts de travail passagers, n'engendre pas d'incapacité de travail durable.

5. Le rapport d'expertise rhumatologique contient une anamnèse détaillée, fait état des plaintes de l'assuré, comporte un examen clinique, l'étude du dossier médical et une discussion circonstanciée. L'experte retient les diagnostics de tendinopathie avec signes de rupture partielle du sus-épineux à droite, une capsulite rétractile de l'épaule droite et une hernie discale C3-C4 asymptomatique. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: pas de port de charges, pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit et aucun mouvement nécessitant une élévation du bras; elles se sont, depuis l'examen par le Dr D _____, légèrement aggravées. La mobilité active de l'épaule droite s'est ainsi un peu aggravée. Cela implique que les manutentions ou sollicitations de l'épaule ne peuvent plus être exercées en élévation en dessus de 45%. Dans une activité adaptée, la capacité de travaille est de 100%, avec une baisse de rendement de 25%.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont partagés par le Dr D _____. Le Dr A _____ n'émet pas d'autres avis non plus sur ce point. Les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr D _____ concordent avec celles retenues par l'experte, à savoir que n'est possible qu'une activité légère, à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitations répétées du membre supérieur droit, ni de manutentions ou de sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontale. L'aggravation survenue après le mois de novembre 2009 a limité l'élévation de l'épaule droite, désormais à 45%. Le médecin traitant ne retient pas d'autres limitations fonctionnelles. Par ailleurs, le Dr H _____ a également relevé que la fonction de l'épaule était limitée dans l'élévation antérieure et latérale, qui ne dépassait pas 45%. La Cour se rallie donc, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, aux conclusions de l'experte.

Il convient à présent de déterminer l'étendue de la capacité de travail exigible dans une activité tenant compte des limitations précitées. Tant la Dresse J_____ que le Dr D_____ concluent à une capacité entière, alors que le médecin traitant l'estime à 50%, en raison en particulier des raideurs matinales de l'épaule et des insomnies. Toutefois, dans la mesure où l'activité adaptée doit ménager l'épaule droite, en évitant les sollicitations répétées du bras droit et la manutention impliquant une élévation de plus de 45% de l'épaule, il est dûment tenu compte des atteintes à l'épaule, dont font partie les raideurs matinales. Par ailleurs, les troubles du sommeil et leurs répercussions évoqués par le médecin traitant relèvent de l'appréciation des troubles psychiques, examinées plus haut sous consid. 4, dont il a été vu qu'ils n'étaient pas de nature à entraîner une incapacité de travail durable. Il doit ainsi être retenu que l'exercice d'une activité adaptée à temps complet peut être exigé.

Reste à déterminer s'il y a lieu de retenir une baisse de rendement dans une activité adaptée. L'experte l'a admise à concurrence de 25% et l'a motivée par "l'aggravation modérée de la mobilité en actif de l'épaule droite et des douleurs". Elle a estimé que celle-ci était survenue le 1^{er} mai 2010, expliquant qu'elle s'était faite probablement progressivement courant 2010, le stage aux EPI ayant été marqué par de nombreuses absences et une nette diminution de rendement. D'un point de vue clinique, le Dr D_____ avait constaté, en novembre 2009, une mobilité de 90% pour l'abduction de l'épaule droite, alors que celle-ci était désormais de 45%. Il n'y avait toutefois pas d'éléments objectifs au dossier permettant de dater la péjoration. L'experte a encore précisé que la baisse de rendement était principalement due aux douleurs associées à la diminution de mobilité.

Les explications fournies par l'experte ne paraissent, sur ce point, pas convaincantes. En effet, il a déjà été tenu compte, dans la détermination des limitations fonctionnelles, de la réduction de la mobilité de l'épaule survenue entre la date de l'examen par le Dr D_____ et celle de l'examen de l'experte, d'une part. D'autre part, l'experte, interpellée à cet égard par deux fois, ne justifie pas la diminution de rendement par des éléments médicaux. En particulier, les interruptions du stage EPI auxquelles elle se réfère ne constituent pas des éléments médicaux. De surcroît, le rapport de stage met en exergue le manque d'adéquation de l'assuré avec les exigences dans le milieu professionnel, en ce sens qu'il est trop plaintif et très centré sur ses douleurs; il n'était pas dans une dynamique de reclassement professionnel. Les EPI ont conclu en indiquant ne pas pouvoir déterminer à quel point la pathologie était handicapante. Les nombreuses absences et le faible rendement évoqué par l'EPI (50%) ne peuvent ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, être mises sur le compte de la pathologie physique. Partant, elles ne peuvent non plus servir d'élément médical pour expliquer la baisse de rendement.

Au vu de ce qui précède, la Cour s'écartera des conclusions de l'expertise judiciaire et ne retiendra pas de baisse de rendement dans une activité adaptée.

En conclusion, il est retenu que le recourant peut exercer une activité à temps complet, sans baisse de rendement, pour autant qu'elle tienne compte de ses limitations fonctionnelles.

- 6.a 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1). La comparaison s'effectue au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174).

- b. Se fondant sur le revenu réalisé par l'assuré auprès de son employeur en 2008, indexé en 2009, l'intimé a arrêté le revenu sans invalidité en 2009 à 72'941 fr. par an. Il s'est référé pour déterminer le revenu avec invalidité au salaire statistique ressortant de l'Enquête suisse sur le structure des salaires (ESS 2008), en retenant le revenu, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive, tous secteurs d'activités confondus, de 61'240 fr. par an. Cette manière de faire ne prête pas le flanc à la critique; elle n'est d'ailleurs pas contestée.

L'intimé a ensuite réduit de 15% le salaire avec invalidité, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son âge (55 ans au moment de la décision). L'évaluation de l'abattement relève du large pouvoir d'appréciation dont jouit l'administration à cet égard (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2). Au vu des limitations fonctionnelles dont souffre le recourant, de son âge et de sa faible maîtrise du français, l'intimé n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 15%. Au demeurant, même en admettant un abattement plus important, le taux d'invalidité en résultant resterait sans conséquence sur le droit du recourant à une rente. En effet, que l'on retienne un abattement de 15%, de 20% ou du taux maximal de 25%, le taux d'invalidité reste inférieur à 40% (29%, respectivement 33% et 37%), de sorte que le droit à une rente invalidité n'est pas ouvert.

Le recours s'avère ainsi mal fondé, de sorte qu'il est rejeté.

7. Conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe.

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

Brigitte BABEL

La présidente

Florence KRAUSKOPF

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