

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/326/2018

ATAS/115/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 février 2019**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1970 et originaire du Kosovo, est sans formation. Après son arrivée en Suisse en 2001, il a travaillé en tant que plongeur et aide de cuisine, en dernier lieu à la Brasserie B\_\_\_\_\_ pour un salaire de CHF 3'400.-. À ce titre, il était assuré auprès de Swica Assurances SA (ci-après : Swica) contre le risque d'accidents.
2. Le 23 août 2012, il a subi un accident. En roulant à vélo, il a glissé sur la voie de tram et a chuté, ce qui a provoqué une contusion et une entorse latérale de la colonne cervicale, une contusion de l'hémithorax droit et de la colonne dorsale, ainsi que des lésions de l'épaule gauche. L'incapacité de travail était totale. Le cas a été pris en charge par la Swica.
3. Les radiographies réalisées le 24 août 2012 par le docteur C\_\_\_\_\_, radiologue FMH, ont mis en évidence un torticolis, une discarthrose C5/C6 et une arthrose facettaire à la colonne cervicale. À la colonne dorsale, les examens ont montré une scoliose à convexité droite et un angle scoliotique selon Cobb de 7°. Aucune fracture n'a été objectivée.
4. Une radiographie de l'épaule gauche effectuée le 28 août 2012 par le Dr C\_\_\_\_\_ a montré, selon l'interprétation de celui-ci, une luxation, une lésion discrète du tendon du muscle sous-scapulaire, une fissuration du long tendon du biceps et une fissure de la coiffe des rotateurs.
5. Une radiographie et une échographie de l'épaule gauche du 10 septembre 2012 ont mis en évidence une déchirure très probablement transfixiante de la partie distale du tendon sus-épineux, associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée.
6. En mars et avril 2013, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de l'épaule, en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, et E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la Clinique Corela. Les experts ont posé les diagnostics de rupture transfixiante rétractée du tendon supra-épineux de l'épaule gauche, probable rupture du tendon sous-scapulaire, entorse latérale de la colonne cervicale, discarthrose C5-C6, petite hernie discale paramédiane droite au même segment rachidien, contusion de l'hémithorax droit et de la colonne dorso-lombaire, ainsi que scoliose dorsale haute à convexité droite et à sommet D10. Au niveau du rachis de l'hémithorax, la situation était stabilisée et le *status quo sine* avait été atteint un mois après l'accident, soit le 23 septembre 2012. Pour la contusion de l'hémithorax droit du rachis dorso-lombaire, le *status quo ante* avait été obtenu trois semaines après l'événement, soit le 13 septembre 2012. La rupture transfixiante rétractée du tendon supra-épineux de l'épaule gauche était actuellement en phase aiguë, l'assuré présentant des douleurs mécaniques et nocturnes associées à un déficit d'élévation antérieure active qui ne dépassait pas le niveau de l'horizontale, avec une diminution de la force musculaire et une impotence fonctionnelle majeure puisque l'assuré ne pouvait pas utiliser le bras

gauche dans les gestes de la vie quotidienne. Une physiothérapie de l'épaule avec une participation active de l'assuré devrait être organisée pendant environ trois mois. Après avoir récupéré une mobilité active complète du bras gauche, une cure chirurgicale restait conseillée, malgré le début de rétraction. L'évolution devrait aller vers la guérison des déchirures après la cure chirurgicale recommandée. La déchirure du ou des tendons étant survenus sur un probable état dégénératif, le statu quo sine sera atteint après traitement et physiothérapie post opération bien conduite dans un délai de six mois environ après l'intervention. Les limitations fonctionnelles dans un emploi adapté étaient les suivantes : port de charges supérieures à 5 kg au-dessus de la ligne des épaules et avec le membre supérieur gauche, exposition au chaud et au froid ; conduite de véhicules professionnels et d'engins vibrants ; gestes au-dessus de l'horizontale ; position en porte-à-faux cervical ; port de charges régulier au-dessus de 5 à 12 kg ou occasionnellement supérieures à 25 kg. La capacité de travail avait toujours été de 100 % dans une activité monomanuelle ne nécessitant pas l'utilisation répétitive du bras gauche au-dessus de l'horizontale ni le port de charges avec le membre supérieur gauche.

7. En juillet 2013, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
8. Selon le rapport d'évaluation de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) du 2 octobre 2013, l'assuré n'était pas intégré, parlait avec beaucoup de difficultés le français, ne l'écrivait ni le lisait. Il provenait du milieu agricole et n'avait aucune formation professionnelle initiale. Interrogé sur son avenir professionnel, il a déclaré l'ignorer, mais qu'il envisageait éventuellement d'être chauffeur. Si sa santé allait, il allait trouver un travail. Il lui a été proposé de se faire aider par une assistante sociale et de s'inscrire à des cours de français.
9. Dans un avis médical du 14 octobre 2013, la doctoresse F\_\_\_\_\_ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré, sur la base de l'expertise de la Clinique Corela, que l'assuré présentait une capacité de travail totale dès le 23 septembre 2012 dans une activité adaptée, épargnant le membre supérieur gauche et autorisant un port de charges fréquent de 5-10 kg.
10. Le 11 novembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 28 octobre au 24 novembre 2013.
11. Selon le rapport du 17 décembre 2013 des EPI, l'assuré avait été un stagiaire attentif et poli qui s'était parfaitement adapté à l'atelier. Il ne semblait actuellement pas en état de rejoindre le circuit économique ordinaire, à cause des difficultés et des douleurs au membre supérieur gauche qui se prolongeaient sur les cervicales, selon l'assuré. Il attendait la date d'une opération à l'épaule et espérait que ses douleurs s'arrêteraient après celle-ci. Une fois son état physique stabilisé, un poste dans le façonnage simple, en production, lui serait accessible, sa capacité d'apprentissage des gestes et son niveau d'attention étant bons, hormis quelques

problèmes de concentration. A cause des alternances de position, des douleurs parfois ressenties et des positions mal supportées la tête penchée, des erreurs d'exécution avaient été parfois constatées.

12. Le 14 janvier 2014, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule gauche pour la réparation partielle de la coiffe des rotateurs.
13. Le 18 mars 2014, l'OAI a déterminé la perte de gain de l'assuré à 0 %, en comparant son dernier salaire avant l'accident avec le salaire résultant de l'enquête suisse des salaires (ESS) qui y était supérieur, même après avoir admis une réduction de 10 % de la médiane des salaires statistiques retenue à titre de salaire d'invalidé.
14. Par décision du 23 mai 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif que, selon le SMR, il aurait pu reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 % dès le mois de septembre 2012. Or, il ne subissait aucune perte de gain dans l'exercice d'une activité adaptée, raison pour laquelle les conditions d'octroi d'une rente n'étaient pas remplies.
15. Le 17 septembre 2014, l'assuré a été soumis à une expertise par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'expert a émis les diagnostics de rupture massive de la coiffe des rotateurs gauche, débridement et suture partielle, raideur diffuse de l'épaule gauche avec dyscinésie scapulo-thoracique, faiblesse du membre supérieur gauche, obésité, lombalgies et hypertension artérielle. L'épaule gauche était loin d'être stabilisée et les travaux lourds avec prises de charges étaient contre-indiqués de manière définitive. Il y avait par ailleurs une limitation fonctionnelle pour les mouvements au-dessus de l'horizontale. L'expert a recommandé une intensification de la physiothérapie avec hydrothérapie et, en cas d'échec, une rééducation en milieu stationnaire. L'accident était la seule cause des troubles actuels à l'épaule gauche. Pour ce qui concerne les problèmes de la colonne cervicale, la causalité était tout au plus possible. Le *status quo sine* était obtenu entre quatre à six semaines après l'accident pour les douleurs et contusions rachidiennes. L'assuré avait par ailleurs subi un nouvel accident le 17 avril 2014, au cours duquel sa voiture avait été emboutie à l'arrière par un autre véhicule, alors qu'il était arrêté à un passage piéton. Cet accident avait provoqué des cervicalgies et lombalgies, mais il n'y avait pas eu de bilan, en raison d'une longue attente aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Pour cet événement, le *status quo sine* était également atteint un mois après. La capacité de travail était nulle. Un travail sédentaire pourrait être théoriquement exigible avec une limitation du rendement du fait des douleurs persistantes. Une réévaluation devait être réalisée dans six mois, une fois l'état stabilisé.
16. Du 8 avril au 5 mai 2015, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR). Dans leur rapport du 21 mai 2015, les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont considéré que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives. Pendant le séjour, le

---

patient a suivi une physiothérapie et fait l'objet d'une évaluation psychosomatique. Les activités nécessitant l'utilisation prolongée du bras gauche au-dessus du plan de l'épaule, le port répétitif de charges lourdes de plus de 5 à 10 kg et l'utilisation du bras en porte-à-faux étaient proscrites. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et il ne fallait pas s'y attendre avant un délai d'un à trois mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, mais favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans une telle activité la capacité de travail était totale.

17. Le 23 septembre 2015, l'assuré a été de nouveau soumis à une expertise par le Dr F\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 23 décembre 2015, cet expert a ajouté à ses précédents diagnostics une hyperlaxité morphologique et une bursite trochantérienne gauche. A deux ans de l'intervention chirurgicale et en l'absence de progrès en rééducation depuis plusieurs mois, l'état devait être considéré comme stabilisé. Il y avait une limitation pour toute activité nécessitant l'utilisation prolongée du bras au-dessus du plan de l'épaule, le port de charges lourdes répétitif de plus de 5 à 10 kg et l'utilisation du bras en porte-à-faux. L'épaule restait raide et douloureuse et l'accident était la seule cause des problèmes de l'épaule. La capacité de travail dans l'activité antérieure était nulle et totale dans une activité adaptée, sans limitation du rendement. L'atteinte à l'intégrité était de 15 %.
18. Par décision du 24 mars 2016, la Swica a mis fin aux prestations relatives aux traitements médicaux et aux indemnités journalières au 1<sup>er</sup> mars 2016, tout en accordant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 18'900.-. Ce faisant, elle a considéré que l'état était stabilisé et que l'assuré ne subissait aucune perte de gain, après avoir comparé son gain avant l'accident aux salaires statistiques dans les activités simples.
19. Le 22 avril 2016, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.
20. Selon le rapport du 13 juin 2016 du docteur I\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen en rémission. Le traitement consistait en thérapie de soutien, auparavant accompagné d'antidépresseurs (Cymbalta). Dans les limitations fonctionnelles, il a mentionné des difficultés de bouger l'épaule et des dorsalgies. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 50 %, voire 100% en fonction du travail proposé.
21. Par décision du 9 août 2016, la Swica a rejeté l'opposition à sa décision du 24 mars 2016.
22. Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée, laquelle a mis en évidence :  
  
"Rupture itérative après réparation de la coiffe aux dépens des tendons supra-épineux et sub-scapulaire, les moignons tendineux des tendons supra-épineux et sub-scapulaire sont à peine reconnaissables, complètement rétractés et on note de plus une infiltration graisseuse de stade IV du muscle sub-scapulaire et

de stade I du muscle supra-épineux avec un début d'atrophie volumique. Lésion partielle du versant profond de la partie distale du tendon infra-épineux lequel est encore en continuité."

23. Selon le rapport du 11 novembre 2016 du docteur J\_\_\_\_\_, généraliste, les limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauche ne pouvaient être réduites par les mesures médicales et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
24. Le 21 novembre 2016, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition de Swica, en exposant en particulier que, malgré la poursuite d'un traitement de physiothérapie, sa situation s'était subitement détériorée en 2015, lorsqu'il s'était rendu au Kosovo pour rendre visite à sa famille. La conduite d'automobile l'avait fait extrêmement souffrir et il était revenu avec des tendons totalement enflammés.
25. Dans son rapport reçu le 24 avril 2017, le docteur K\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2015. Dans l'anamnèse, il a mentionné une décompensation dépressive avec asthénie, tristesse, isolement social, repli sur soi. Le traitement consistait en suivi psychiatrique mensuel et psychothérapie en délégation, ainsi qu'en traitement antidépresseur. La capacité de travail était nulle depuis le 23 août 2012 et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail. Ce médecin a proposé d'effectuer une expertise psychiatrique.
26. Le 16 mai 2017, la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, médecine du sport, a informé la chambre de céans, dans le cadre du recours dirigé contre la décision sur opposition de l'assureur-accident que le recourant présentait une aggravation de son état depuis l'expertise du 23 septembre 2015 du Dr F\_\_\_\_\_. Il souffrait d'une épaule gauche pseudo-paralytique. Les douleurs, évaluées à 8-9/10 en permanence et 7/10 la nuit, l'empêchaient de dormir. Ce médecin a par ailleurs fait savoir à la chambre de céans que le recourant ne présentait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles énumérées par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son expertise. Elle n'a pas répondu à la question de savoir si sa capacité de travail ou son rendement étaient diminués dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant au traitement actuel, l'assuré suivait une physiothérapie, mais n'avait pas besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Des mesures médicales n'étaient pas nécessaires pour empêcher que son état de santé subît une notable détérioration.
27. La Dresse L\_\_\_\_\_ a joint à sa réponse copie du rapport relatif à une IRM de l'épaule gauche effectuée le 14 février 2017 dont les conclusions sont superposables à celles de l'IRM du 1<sup>er</sup> novembre 2016.
28. Le 20 mai 2017, le Dr I\_\_\_\_\_ a répondu au SMR que l'épisode dépressif avait commencé le 23 août 2013, après l'accident de vélo. Au début, l'épisode dépressif

---

était sévère, puis il y avait une amélioration progressive avec un épisode moyen. L'atteinte psychique aurait justifié une incapacité de travail, mais progressivement elle s'était améliorée et n'était plus responsable d'une incapacité de travail. Le problème principal restait l'accident avec ses séquelles physiques et la mauvaise maîtrise du français. Depuis que sa dernière fille l'avait rejoint en Suisse, après son divorce au Kosovo, et depuis le refus de la rente d'invalidité, l'assuré était soutenu par l'Hospice général et avait arrêté les antidépresseurs. Il aurait besoin d'une aide pour une réinsertion afin de trouver un travail adapté.

29. Dans son rapport final du 12 octobre 2017, la Dresse M\_\_\_\_\_ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR), a constaté qu'il existait une aggravation de l'état de santé depuis le 13 avril 2015 sur le plan orthopédique, puis à partir d'octobre 2015 sur le plan psychique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident. Dans une activité adaptée, elle était nulle du 13 avril 2015 au 6 juin 2016, puis de nouveau entière depuis le 7 juin 2016 dans une activité adaptée sans port de charges répété de plus de 5-10 kg, de mouvements de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale et de travail en porte-à-faux du bras gauche.
30. Le 27 octobre 2017, l'OAI a procédé à une nouvelle comparaison des gains avec et sans invalidité et a constaté que l'assuré ne subissait aucune perte de gain.
31. Le 27 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser une rente invalidité et des mesures professionnelles, dès lors qu'il présentait une capacité de travail de 100 % dès le 7 juin 2016 dans une activité adaptée et qu'il ne subissait aucune perte de gain en changeant d'activité.
32. Par courrier du 17 novembre 2017, l'assuré a contesté ce projet de décision par l'intermédiaire de son conseil, niant qu'il présentait une capacité de travail. Il n'y avait par ailleurs aucune perspective d'amélioration en l'état. Partant, il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.
33. Par décision du 8 décembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles.
34. Par ordonnance du 11 septembre 2017, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire, dans le cadre du recours de l'assuré contre la décision de l'assureur LAA, et l'a confiée à la docteure N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, sous la supervision du docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Selon le rapport du 22 décembre 2017, l'assuré présentait une rupture itérative du tendon du sus-épineux avec rupture complète du tendon du sous-scapulaire avec dégénérescence graisseuse stade IV et omarthrose débutante. A cela s'ajoutait une discarthrose C5-C6, des lombosciatalgies chroniques non spécifiques et une atteinte myélinique sensitive discrète du nerf médian au poignet gauche. Seule l'omarthrose de l'épaule sur rupture persistante du sus-épineux était secondaire à l'accident de manière prépondérante. La dégénérescence du sous-scapulaire était plutôt en rapport avec

---

une lésion antérieure. Depuis l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2015, l'état de l'épaule gauche s'était aggravé, la mobilité de l'épaule étant actuellement nettement diminuée par rapport à l'examen de cet expert. Par ailleurs, l'arthrose gléno-humérale avait progressé sur les images successives. L'expert judiciaire était dans l'incapacité de répondre à la question de savoir quand l'aggravation s'était produite, celle-ci étant lente et continue. Cette aggravation était en lien avec l'accident et avec une lésion préalable du sous-scapulaire. La cause de l'aggravation était une rupture massive de la coiffe, non réparée, ce qui entraînait très fréquemment une progression des lésions au cours du temps. Il n'avait pas été possible de réparer ces lésions lors de l'intervention de 2014. Le recourant était handicapé dans toutes les activités de la vie quotidienne et ne pouvait effectuer que des activités uni-manuelles avec le membre supérieur droit. Le type de lésion que présentait le recourant et son évolution pouvaient vraisemblablement être à l'origine d'une douleur importante. Elles entraînaient une diminution du rendement de 25 %. L'expert judiciaire doutait toutefois qu'il existât une activité adaptée, le recourant dépendant de son entourage, même pour les tâches simples du quotidien, était sans formation reconnue en Suisse et ne maîtrisait pas le français. L'évolution actuelle de l'état de l'épaule se faisait vers une omarthrose sur rupture massive de la coiffe. Cette atteinte progressera et, à terme, il faudra envisager la mise en place d'une éventuelle prothèse inversée d'épaule. L'état n'était ainsi pas stabilisé. Quant au taux d'atteinte à l'intégrité, il était de 25 %.

35. Le 29 janvier 2018, l'assuré a formé recours contre la décision du 8 décembre 2017 de l'OAI en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 22 avril 2016, sous suite de dépens. Subsidièrement, il a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir de cette date et, plus subsidièrement encore, à l'octroi de mesures professionnelles. À titre préalable, il a conclu à ce qu'une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée. Il a reproché à l'intimé d'avoir mis à l'écart, dans l'appréciation de son invalidité, le trouble dépressif moyen dont il souffrait toujours. Par ailleurs, aucun exemple d'activité adaptée ne lui avait été donné, étant précisé que seules des activités manuelles étaient envisageables, notamment en raison de ses faibles connaissances de la langue française et de son manque de formation. Or, les activités manuelles étaient fortement compromises, au vu de ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, le Dr J\_\_\_\_\_ avait certifié le 11 novembre 2016 que sa capacité de travail était nulle même dans une activité adaptée, le recourant ne pouvant travailler ni en position assise ni en position debout. Le Dr K\_\_\_\_\_ avait également constaté une incapacité de travail totale, dans son rapport du 24 avril 2017. Le recourant a aussi critiqué le calcul de la perte de gain, considérant qu'un abattement de 25 % aurait dû être effectué du salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidé, en raison du faible niveau de connaissances de la langue française, du manque de formation et du fait que seule une activité de niveau I fût possible. Il était par ailleurs choquant que l'intimé se fût basé uniquement sur le rapport du SMR pour rendre sa décision, sans mettre en avant les différentes contradictions des autres

rapports médicaux et expliquer pourquoi il avait attribué plus de valeur à un rapport plutôt qu'à un autre. Enfin, il y aurait lieu de lui octroyer au moins des mesures professionnelles pour lui rendre possible une capacité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité.

36. Dans sa réponse du 19 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le SMR avait considéré que l'atteinte à la santé psychique n'était plus incapacitante depuis juin 2016, l'état dépressif étant décrit comme moyen. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral un trouble dépressif d'intensité légère à moyenne n'était en effet pas invalidant en général, sauf s'il était résistant aux différentes thérapies. En l'occurrence, le recourant avait arrêté le traitement d'antidépresseurs et il s'agissait de surcroît d'un état dépressif réactionnel à la décision de l'assurance-invalidité dont il ne pouvait découler un handicap psychique invalidant, selon la jurisprudence. Concernant la notion d'activité adaptée, il n'appartenait pas à l'assurance-invalidité de définir de manière concrète quelle activité ou fonction professionnelle était envisageable pour l'assuré. Il n'y avait pas non plus lieu de tenir compte d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés d'ordre linguistique ou l'âge. L'assuré avait aussi l'obligation de diminuer le dommage et devait entreprendre de son propre chef tout ce que l'on pouvait attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. En outre, l'abattement de 15 % admis par l'intimé était conforme au droit, le manque de formation professionnelle ne constituant pas un critère de réduction admis par la jurisprudence. Il avait été tenu compte du bas niveau de qualification professionnelle et du manque de connaissances linguistiques, en se référant au niveau d'exigences le plus bas. S'agissant des mesures professionnelles, il était admis qu'un nombre significatif d'activités adaptées aux empêchements du recourant lui restait ouvert, vu le large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services. Enfin, le pronostic sur les chances de succès de mesures d'ordre professionnel était mauvais, le recourant concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.
37. Le 7 mars 2018, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure A/3057/2016 opposant le recourant à la Swica.
38. Dans son avis médical du 26 mars 2018, le docteur P\_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé sur l'expertise de la doctoresse N\_\_\_\_\_, supervisée par le docteur O\_\_\_\_\_. Il ne comprenait pas pour quelle raison il y avait lieu de retenir l'état de l'épaule gauche non stabilisé, le recourant présentant une atteinte dégénérative qui allait évoluer pendant des années et nécessiter la pose d'une prothèse dans plusieurs années. L'évolution et l'intervention chirurgicale n'allaient pas modifier les limitations fonctionnelles déjà retenues. Il semblait par ailleurs au Dr P\_\_\_\_\_ que les experts associaient la baisse de rendement éventuelle au taux d'atteinte à l'intégrité. Il a relevé également que l'attitude démonstrative du recourant n'avait pas permis aux experts d'effectuer un examen de qualité, ce qui laissait soupçonner

une exagération des limitations de la mobilité. N'étant pas convaincu par une éventuelle baisse de rendement, le médecin du SMR a considéré qu'il y avait lieu de se tenir à ses conclusions précédentes.

39. Par écriture du 27 mars 2018, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a relevé que, s'il était vrai que le recourant se déshabillait sans utiliser son bras gauche, selon l'expertise judiciaire, il n'était pas noté une impossibilité objective ou la nécessité de l'aide d'un tiers pour le déshabillage. Il n'y avait pas d'amyotrophie aux épaules et aux mains, ni de différence de périmètre entre le bras et l'avant-bras, ce qui paraissait peu compatible avec une quasi non utilisation alléguée du bras gauche. Seule une différence de force était objectivée entre les deux bras. Cela étant, l'intimé a considéré que l'avis des experts judiciaires ne pouvait être suivi en ce qu'ils ont considéré que le recourant était handicapé dans toutes les activités de la vie quotidienne. Il semblait que les limitations retenues découlaient de plaintes subjectives et non pas de constats objectifs. Par ailleurs, la douleur ne pouvait être objectivée de façon certaine, ce qu'admettaient les experts judiciaires. S'agissant des douleurs relevées et des limitations alléguées, elles ne trouvaient que peu de substrat organique. Les experts ne faisaient en outre aucune proposition thérapeutique et n'indiquaient pas si les mesures médicales seraient de nature à améliorer les conséquences de l'atteinte à la santé. Partant, il y avait lieu de suivre l'avis du SMR dans le sens que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans baisse de rendement. Enfin, le Tribunal fédéral avait confirmé à plusieurs reprises qu'il y avait lieu de se fonder sur le salaire statistique auquel pouvait prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau I) même dans les activités mono-manuelles légères.
40. Le 27 mars 2018, le recourant s'est déterminé sur l'expertise judiciaire effectuée dans la procédure parallèle et a persisté dans ses conclusions. Il a relevé que l'expertise s'était limitée aux lésions de l'épaule gauche et de l'incapacité de travail qui en découlait, sans prendre en considération les souffrances psychiques. Partant, cette expertise était insuffisante. Elle confirmait toutefois qu'il y avait une aggravation de son état de santé sur le plan rhumatologique depuis le dernier rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2015. Il était aussi mis en exergue qu'il était douteux qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant existât, dans la mesure où il dépendait de son entourage, même pour des tâches simples du quotidien, n'avait pas de formation et ne maîtrisait pas le français. Il ressortait en outre de l'expertise que des douleurs étaient aussi présentes la nuit et limitait le sommeil à 4-5 heures, si bien que le recourant était fatigué. Les douleurs entraînaient une perte de concentration. Enfin, il était démontré que les douleurs étaient bien réelles, dès lors que, selon les experts, il était vraisemblable que le type de lésion et son évolution pouvaient être à l'origine d'une douleur importante.
41. Le 17 mai 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a informé la chambre de céans, à sa demande, que le recourant avait été suivi au centre médical du Grand-Lancy d'abord par lui-même, puis par le Dr K\_\_\_\_\_. Le Dr I\_\_\_\_\_ avait vu le recourant la dernière fois le

10 mai 2016. Le trouble dépressif était progressivement en rémission depuis 2016. A la question de savoir comment il expliquait que, selon le Dr K\_\_\_\_\_, la capacité de travail était nulle alors que lui-même estimait qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail au niveau psychique, il a expliqué que les dépressions pouvaient être fluctuantes et que, selon lui, le problème principal restait le point 3 de son certificat médical du 20 mai 2017, à savoir l'accident avec ses séquelles physiques et la mauvaise maîtrise du français.

42. Par écriture du 7 juin 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en relevant notamment que le Dr I\_\_\_\_\_ avait confirmé l'absence d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.
43. Par écriture du 12 juin 2018, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Le Dr I\_\_\_\_\_ ne pouvait se prononcer, dans son rapport du 20 mai 2017, sur l'évolution du trouble dépressif, dès lors que le médecin traitant était actuellement le Dr K\_\_\_\_\_. Le rapport médical du 20 mai 2017 du Dr I\_\_\_\_\_ n'avait ainsi aucune valeur probante. Il y avait ainsi lieu de se tenir au rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 21 avril 2017, dans lequel il avait attesté que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité.
44. Le 12 juillet 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ a informé la chambre de céans qu'il suivait le recourant depuis le 20 août 2015. Il souffrait d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique. Les limitations fonctionnelles étaient une asthénie, des insomnies, des crises d'angoisse, des troubles de la mémoire récente et des céphalées chroniques. A la question de savoir quelle était l'évolution de son état de santé depuis le début du suivi, il a indiqué « évolution chronique de l'état dépressif ». Le traitement consistait en suivi psychiatrique mensuel et une psychothérapie déléguée toutes les deux semaines. A cela s'ajoutait un antidépresseur (Fluoxétine 40mg par jour et Rivotril 1mg par jour). La compliance était bonne. A la question de savoir s'il y avait des conflits émotionnels et traits d'un trouble de la personnalité pouvant expliquer la gravité du trouble dépressif, le psychiatre a répondu « personnalité anxieuse ». Par ailleurs, le recourant vivait avec deux de ses enfants et avait un ami. Il était isolé socialement. Quant à ses occupations dans une journée, le Dr K\_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant marchait durant quinze minutes, la marche étant limitée à cause des douleurs, puis se reposait pendant une heure. Il préparait parfois le repas, mais l'oubliait souvent. Il regardait un peu la télévision et lisait parfois des journaux en albanais. Les loisirs étaient limités par le manque d'argent, les douleurs et les céphalées.
45. Dans son avis médical du 22 août 2018, le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que le psychiatre traitant ne fournissait pas de renseignement médical qui n'était pas déjà connu. Il n'y avait aucun élément de gravité, dès lors que les consultations avec le psychiatre avaient lieu seulement une fois par mois et que celui-ci n'avait pas signalé d'idées noires. Par ailleurs, les loisirs du recourant n'étaient pas limités par son état psychique, mais seulement par le manque d'argent, les douleurs et les céphalées. Partant, l'absence de sévérité de l'épisode dépressif devait être

constatée, ainsi qu'une importance majeure des facteurs psychosociaux. L'état psychique n'avait ainsi pas de répercussion sur la capacité de travail.

46. Par écriture du 27 août 2018, l'intimé a fait sien l'avis du SMR précité, tout en relevant que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une capacité de gain au sens de la loi.
47. Par écriture du 30 août 2018, le recourant a répété qu'il n'y avait pas lieu de suivre l'avis du Dr I\_\_\_\_\_, selon lequel l'épisode dépressif était en rémission depuis le mois de juin 2016, dès lors que ce médecin ne l'avait vu pour la dernière fois qu'en mai 2016. Le Dr K\_\_\_\_\_ mettait par ailleurs en exergue le fait que l'état dépressif était chronique. Il ressortait au demeurant du rapport de ce médecin que le dosage du Fluoxétine avait été doublé par rapport à 2017, ce qui montrait que l'état psychique ne s'améliorait pas. Ce rapport remplissait en outre les critères de la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Si, toutefois, son rapport devait être jugé insuffisant, il y aurait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.
48. Le 18 décembre 2018, la chambre de céans a entendu Madame Q\_\_\_\_\_, psychologue traitante du recourant. Celle-ci a déclaré ce qui suit :

« Je communique avec M. A\_\_\_\_\_ en français. Nous arrivons suffisamment à nous comprendre.

Je suis M. A\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

Nous avons travaillé essentiellement sur ses difficultés de concentration et son estime de soi. Il a positivement évolué à ces niveaux.

Il présente une tristesse, variable en fonction des événements extérieurs, une certaine anhédonie, des difficultés de mémorisation et de concentration, des troubles du sommeil et une souffrance par rapport à ses atteintes physiques.

Je qualifierais le trouble dépressif actuellement de moyen. Il prend actuellement la Fluoxétine, 20mg/jour sauf erreur.

Il n'y a pas eu d'interruption du traitement antidépresseur à ma connaissance.

L'état dépressif s'est amélioré avec l'introduction du traitement antidépresseur, mais surtout depuis que M. A\_\_\_\_\_ a trouvé un emploi il y a quatre mois, d'abord à 20 %, puis deux mois plus tard à 40 %. J'ai constaté une amélioration de l'état psychique en été 2018.

Le Dr I\_\_\_\_\_ a pris le relais du Dr K\_\_\_\_\_ pendant le congé maladie de ce dernier.

Il me semble qu'il y a bien une aggravation de l'état de santé de M. A\_\_\_\_\_ en juin 2016. En effet, il avait beaucoup de problèmes familiaux à cette époque qui ont engendré beaucoup d'angoisses et une grande tristesse.

Le trouble dépressif de M. A\_\_\_\_\_ ne paraît pas résistant au traitement. Par contre, il y a encore du travail à faire.

M. A\_\_\_\_\_ vit actuellement avec ses trois enfants. Il est limité dans ses activités à cause des douleurs. Cependant, il regarde la télévision, il lit les actualités en albanais et fait quelques sorties et promenades avec ses enfants. Il a par ailleurs la visite d'un seul ami.

Dans les limitations fonctionnelles au niveau psychiatrique, je relèverai qu'il a beaucoup de difficultés au niveau de la mémoire et de la concentration.

Je ne peux préciser pendant combien de temps le Dr I\_\_\_\_\_ a remplacé le Dr K\_\_\_\_\_. Il devait s'agir de quelques mois.

J'ignore pourquoi le dosage du Fluoxétine a été augmenté de 20 à 40mg entre avril 2017 et juillet 2018 ».

Quant au recourant, il a précisé qu'il avait diminué le dosage du Fluoxétine de moitié depuis presque deux mois. Il a en outre déclaré :

« Je suis engagé à 40 % par un fitness pour le nettoyage. Toutefois, ma fille travaille également comme nettoyeuse dans ce fitness et nous travaillons donc ensemble.

Ma fille a 20 ans et fait encore des études pour parfaire sa formation d'infirmière. Le soir, elle travaille au fitness pour gagner un peu d'argent.

Deux de mes enfants (20 ans aujourd'hui et 16 ans aujourd'hui) sont arrivés en 2015 en Suisse. Ma fille aînée de 23 ans est arrivée en Suisse en 2016 et a quitté le domicile en 2017, sauf erreur, car notre logement est très petit (3 pièces).

J'étais très content de l'arrivée de mes enfants, car je m'ennuyais seul dans mon appartement. J'ai une bonne entente avec mes enfants.

Quant au déroulement de mes journées, je me lève vers 5h30-6h00. Après un café et une douche, je sors marcher dehors pendant 15 minutes jusqu'à 30 minutes. Au retour, je réveille les enfants et ma fille fait le petit déjeuner. Puis je ressors de nouveau un peu. Le reste de la matinée, je le passe en regardant la télévision et en me reposant. A midi, les enfants préparent à manger, parfois moi aussi, et nous mangeons ensemble. Dans l'après-midi, je lis un peu, regarde la télévision. Je ne peux pas sortir trop longtemps dehors, car mon bras gauche commence alors à enfler. Le repas du soir est préparé par les enfants. Puis, je regarde la télévision. Parfois, il y a aussi des visites. Je fais les commissions le samedi avec mes enfants et ceux-ci se chargent de faire le ménage. Mon fils vient parfois également aider ma fille et moi au fitness le soir.

A cela s'ajoute évidemment les visites chez les médecins, la psychologue et le physiothérapeute.

J'ai à Genève encore un frère, deux oncles et deux cousines. Je les vois régulièrement le week-end.

Une fois, parfois deux, par an je rentre au Kosovo pour les vacances, généralement en été. J'y vais soit en avion si les billets sont bon marché, soit en voiture avec mon frère.

J'ai également un ou deux amis à Genève. Celui avec lequel j'ai travaillé pendant huit ans, je le vois régulièrement. C'est également un albanais du Kosovo.

Avant que mes enfants arrivent à Genève, mes cousines venaient souvent faire le ménage chez moi. Je ne mangeais par ailleurs pas à la maison, mais chez mes cousines, mon frère ou mes oncles.

Je pourrais faire le ménage chez moi, comme passer l'aspirateur. Je sais aussi faire la lessive, mais c'est ma fille qui s'en charge. Mais je suis beaucoup limité par mon bras gauche qui n'est pas fonctionnel.

Mes enfants s'occupent de toutes les tâches du ménage, y compris la vaisselle, car j'ai trop mal au bras gauche.

Sur le contrat de travail c'est marqué 40 %. Nous avons les clés et nous pouvons faire le travail comme bon nous semble. Il n'y a pas d'horaire précis. J'estime que je travaille environ trois heures par semaine au fitness, mais je n'ai jamais vraiment compté. Je me contente de passer l'aspirateur avec le bras droit. Les autres nettoyages sont effectués par ma fille ou par mon fils, s'il nous accompagne ».

49. Sur ce, la cause a été gardée 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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 délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable compte tenu de la suspension des délais entre le 18 décembre et le 2 janvier (art. 38 al. 4 let. c et 56ss LPGA) étant précisé que la décision a été reçue par l'assuré le 13 décembre 2017.

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état du recourant s'est aggravé depuis la décision du 23 mai 2014 et si cette aggravation ouvre le droit à une rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures d'ordre professionnel.

---

4. a. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b. 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 1er janvier 2008).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente

ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

6. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

7. 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).

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, pour 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 LPG), 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).

c. 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

---

connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Il n'est pas contesté en l'occurrence que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision du 23 mai 2014.

- a. Concernant l'épaule gauche, le Dr F\_\_\_\_\_ constate dans ses expertises que le recourant souffre d'une rupture massive de la coiffe des rotateurs gauche avec débridement et suture partielle, raideur diffuse de cette articulation avec dyscinésie scapulo-thoracique, faiblesse du membre supérieur gauche, obésité, lombalgies et hypertension artérielle. À cela s'ajoute une hyperlaxité morphologique et une bursite trochantérienne gauche. Lors du séjour du recourant à la CRR, en avril et mai 2015, les médecins ont également posé les diagnostics de cervicalgies et de cervicarthrose avec hernie discale C5-C6.

Dans l'expertise judiciaire, une rupture itérative du tendon du sus-épineux est retenue avec rupture complète du tendon du sous-scapulaire avec dégénérescence graisseuse stade IV et omarthrose débutante, ainsi qu'une discarthrose C5-C6, des lombosciatalgies chroniques non-spécifiques et une atteinte myélinique sensitive discrète du nerf médian au poignet gauche.

Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr F\_\_\_\_\_ a mentionné, dans son expertise du 23 décembre 2015, qu'il y a une limitation pour toute activité nécessitant l'utilisation prolongée du bras au-dessus du plan de l'épaule, le port de charges lourdes répétitif de plus de 5 à 10 kg et l'utilisation du bras en porte-à-faux. L'épaule reste raide. La capacité de travail dans l'activité antérieure est nulle, mais

entière dans une activité adaptée, sans limitation du rendement. L'atteinte à l'intégrité est de 15 %.

Dans l'expertise judiciaire, il est constaté que l'état de l'épaule gauche s'est aggravé depuis l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ en septembre 2015, le recourant présentant une mobilité nettement diminuée par rapport à cette expertise. Par ailleurs, l'arthrose gléno-humérale progresse sur les images successives. Il s'agit d'une aggravation lente et continue qui ne peut être datée. Une rupture massive de la coiffe, non réparée, entraîne très fréquemment une progression des lésions au cours du temps. En l'occurrence, c'est ainsi l'impossibilité de réparer les lésions lors de l'intervention de 2014 qui est à l'origine de l'aggravation de l'état de l'épaule. Quant aux limitations, le recourant ne peut exercer que des activités unimanuelles avec le bras droit. Les douleurs alléguées sont au demeurant compatibles avec la lésion de l'épaule gauche et son évolution. Ces douleurs entraînent une diminution de rendement de 25 % dans une activité adaptée. Enfin, l'état de l'épaule évoluera vers une omarthrose sur rupture massive de la coiffe des rotateurs et il faudra envisager, à terme, la mise en place d'une éventuelle prothèse inversée d'épaule.

11. a. L'expertise judiciaire remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ayant été rendue en pleine connaissance du dossier médical, mentionnant les plaintes du recourant, étant fondée sur un examen clinique approfondi et contenant des conclusions cohérentes et motivées.

b. L'intimé met toutefois en cause que le recourant subit une diminution de rendement de 25 % dans l'exercice d'une activité adaptée en raison des douleurs. Cependant, dès lors que, selon l'expertise judiciaire, le type de lésion que présente le recourant, et son évolution sont vraisemblablement à l'origine d'une douleur importante, cette diminution de rendement paraît tout à fait crédible, indépendamment du fait qu'un travail essentiellement avec le bras droit ralentit, selon toute vraisemblance, le temps d'exécution du travail. L'intimé ne peut en particulier être suivi en ce qu'il affirme que les douleurs et des limitations alléguées n'ont que peu de substrat organique. Au contraire, l'experte judiciaire constate que les douleurs alléguées sont compatibles avec la lésion de l'épaule gauche et son évolution. Le Dr F\_\_\_\_\_ relève également, dans son expertise du 17 septembre 2014, qu'il y a une limitation du rendement du fait des douleurs persistantes continues. La CRR retient, dans son rapport du 21 mai 2015, que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives. La Dresse L\_\_\_\_\_ atteste au demeurant, le 16 mai 2017, que le recourant présente une épaule gauche pseudo-paralytique avec des douleurs évaluées à 8-9/10 en permanence et 7/10 la nuit qui l'empêchent de dormir.

Toutefois, au vu de ce qui suit, cette question peut rester ouverte.

c. Il est vrai que le recourant présente également une discarthrose et des lombosciatalgies chroniques non spécifiques. L'expertise judiciaire ne se prononce

---

pas sur la répercussion de ces atteintes sur la capacité de travail. Toutefois, il convient de relever que lorsque le recourant a séjourné à la CRR, les médecins n'ont pas fait état d'autres limitations fonctionnelles que celles de l'utilisation prolongée du bras au-dessus de l'épaule, du port de charges lourdes répétitif de plus de 5-10 kg et le travail nécessitant l'utilisation du bras en porte-à-faux. Vraisemblablement, il conviendrait également d'ajouter la nécessité d'alterner les positions au vu des cervicalgies et lombosciatalgies. Il n'en demeure pas moins qu'il n'appert pas que ces atteintes diminuent la capacité de travail dans une plus ample mesure que les seules atteintes à l'épaule.

12. a. En ce qui concerne les troubles psychiques, le Dr I\_\_\_\_\_ émet, dans son rapport du 13 juin 2016, le diagnostic de trouble dépressif moyen et évalue la capacité de travail à 50% depuis octobre 2015. Le 20 mai 2017, il atteste que le trouble dépressif était au début sévère, puis s'est progressivement amélioré. En juin 2016, l'intensité du trouble dépressif était moyenne. puis en rémission et n'avait plus de répercussion sur la capacité de travail. Depuis l'arrivée de sa dernière fille, le recourant a arrêté les antidépresseurs. À cet égard, il est à relever que, selon les déclarations du recours lors de son audition, sa fille ainée est arrivée en Suisse en 2016. De la base de données l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM) résulte qu'elle est entrée en Suisse le 2 avril 2016.

Cependant, le Dr I\_\_\_\_\_ a vu le recourant la dernière fois le 10 mai 2016. Il ne peut donc en principe pas se prononcer sur l'évolution de son état de santé après cette date. Selon la psychologue qui assure la psychothérapie par délégation depuis septembre 2015, le Dr I\_\_\_\_\_ a remplacé le Dr K\_\_\_\_\_ pendant quelques mois, durant le congé maladie de ce dernier. Elle ne se rappelle cependant pas pendant combien de temps.

b. L'avis du Dr I\_\_\_\_\_ n'est pas partagé par le Dr K\_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 avril 2017, dans lequel il diagnostique un état dépressif moyen avec syndrome somatique. La capacité de travail est nulle depuis le 23 août 2012, soit la date de l'accident. Le traitement consiste en antidépresseurs et psychothérapie toutes les deux semaines. Selon ce médecin, on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, cette appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ n'est pas crédible. En effet, il prend manifestement en considération également les atteintes somatiques pour attester une incapacité de travail totale depuis le début de l'accident et considérer que l'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle et une amélioration de l'état, alors qu'il ne suit le recourant que depuis août 2015.

Le 12 juillet 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ confirme le diagnostic et précise que les limitations consistent en asthénie, insomnies, crises d'angoisse, troubles de la mémoire récente et de céphalées chroniques. L'évolution de l'état dépressif est chronique. À la question de savoir si des conflits émotionnels ou traits d'un trouble

de la personnalité expliquent la gravité du trouble dépressif, il répond que le recourant présente une personnalité anxieuse. Quant à l'environnement social de ce dernier, il vit avec ses enfants et a un ami, mais est néanmoins isolé socialement. Le pronostic est réservé au vu du peu d'évolution à ce jour. Dans les occupations du recourant, le psychiatre traitant relève notamment que les loisirs sont limités par le manque d'argent, les douleurs et les céphalées.

c. Lors de son audition, la psychologue confirme un trouble dépressif moyen. Dans les symptômes, elle relève une grande tristesse, variable en fonction des événements extérieurs, une certaine anhédonie, des difficultés de mémorisation et de concentration, des troubles du sommeil et une souffrance par rapport à ses atteintes physiques. Durant les séances, elle travaille essentiellement sur les difficultés de concentration et l'estime de soi et constate à cet égard que le recourant a bien évolué à ces niveaux. L'état dépressif s'est aussi amélioré avec l'introduction du traitement antidépresseur et, surtout, depuis que le recourant a trouvé un travail il y a quatre mois. Elle estime en outre que le trouble dépressif ne paraît pas résister au traitement. À sa connaissance, il n'y a pas eu d'interruption du traitement antidépresseur et il lui semble, sur question de la chambre de céans, qu'il y a eu une aggravation de l'état de santé du recourant en juin 2016, à cause de problèmes familiaux qui ont engendré des angoisses et une grande tristesse. Le traitement antidépresseur consiste actuellement en 20mg de Fluoxétine par jour. Le recourant précise à cet égard avoir diminué le traitement de 40mg à 20mg par jour depuis deux mois. Selon la psychologue, il existe des limitations fonctionnelles au niveau de la concentration et la mémoire. En ce qui concerne l'environnement du recourant et ses occupations, il vit avec ses enfants et est limité dans ses activités par les douleurs. Il regarde la télévision, lit les actualités en albanais, fait quelques sorties et promenades avec les enfants. Un seul ami lui rend visite.

d. Quant au recourant, il confirme avoir trouvé un travail de nettoyage d'un fitness, à 40%, selon le contrat de travail, qu'il assume avec ses enfants à raison d'environ trois heures par semaines. Il était très content de l'arrivée de ses trois enfants à partir de 2015. L'aînée s'est constituée entretemps un domicile séparé. Son entente est bonne avec ses enfants. Il sort plusieurs fois par jour pour de courtes promenades (au maximum 30 minutes). S'il sort trop longtemps, son bras gauche commence à enfler. Par ailleurs, il lit et regarde la télévision. Parfois, il reçoit des visites. Il a en outre de la famille à Genève qu'il voit régulièrement le week-end, ainsi qu'un à deux amis. En été, il part en vacances au Kosovo, soit en avion soit en voiture avec son frère.

e. Il ressort de ce qui précède que le Dr I\_\_\_\_\_ constate en mai 2016 une rémission de l'état dépressif et que ce trouble n'a plus aucune répercussion sur la capacité de travail. Il est vrai qu'il semble attester encore une incapacité de travail de 50 % dans son rapport du 13 juin 2016. Cependant, cette appréciation se fonde manifestement sur les atteintes somatiques, dès lors qu'il mentionne dans les restrictions physiques, mentales et psychiques uniquement les problèmes à l'épaule

et au dos. En tout état de cause, une diminution de la capacité de travail au niveau psychiatrique n'est pas compatible avec un état dépressif en rémission. Le Dr I\_\_\_\_\_ atteste au demeurant également dans ce rapport que le recourant a arrêté les antidépresseurs. Par ailleurs, en avril 2016, le troisième enfant de ce dernier est arrivé en Suisse. Or, le recourant déclare qu'il était très content de l'arrivée de ses enfants, dès lors qu'il s'ennuyait seul dans son appartement.

Au vu de ces éléments, aucune incapacité de travail pour des raisons psychiques ne peut être retenue, au degré de la vraisemblance prépondérante, en mai 2016, soit lorsque le Dr I\_\_\_\_\_ a vu le recourant pour la dernière fois.

Par la suite, il est difficile de retracer l'évolution de l'état de santé. Selon la psychologue traitante, il semble que l'état se soit aggravé en juin 2016, à cause de problèmes familiaux, d'angoisses et d'une grande tristesse. Toutefois, cela paraît très vague. Certes, une aggravation a dû se produire, dès lors que le traitement antidépresseur a été réintroduit. Il est toutefois à supposer qu'il a fait son effet, de sorte que l'aggravation n'était pas durable.

Il appert en outre que les indicateurs jurisprudentiels pour apprécier la gravité d'un état dépressif ne permettent pas de retenir un caractère invalidant de celui-ci. En effet, le Dr K\_\_\_\_\_ relève que les loisirs sont limités à cause du manque d'argent, les douleurs et les céphalées, dans son rapport du 12 juillet 2018 et donc pas pour des raisons psychiques. Le recourant fait en outre des promenades, regarde la télévision et lit le journal, ce qui constitue également un indice pour un trouble dépressif en rémission.

Selon la psychologue traitante, le trouble dépressif n'est pas résistant au traitement et les antidépresseurs ont amélioré la thymie, de sorte qu'un échec des traitements selon les règles de l'art ne peut être admis.

L'environnement social est intact et soutenant, le recourant vivant avec deux de ses enfants qui assurent tout le ménage et préparent à manger. Plusieurs membres de sa famille résident à Genève et il les voit régulièrement. A cela s'ajoute un contact avec au moins un ami. Ainsi, le Dr K\_\_\_\_\_ ne peut pas être suivi en ce qu'il indique, dans son rapport du 12 juillet 2018, que le recourant est isolé socialement.

Enfin, la gravité de l'évolution du trouble dépressif n'est pas rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse, comme par exemple la présence de conflits émotionnels. Au contraire, il semble que le trouble dépressif est essentiellement influencé par les événements extérieurs, comme la psychologue traitante l'a déclaré lors de son audition.

Cela étant, il sied de constater que les indicateurs élaborés par notre Haute Cour pour apprécier le caractère invalidant d'un trouble dépressif, ne sont en l'occurrence pas réunis. Une incapacité de travail au niveau psychique ne peut ainsi pas être reconnue.

13. Cela étant, il convient de déterminer la perte de gain du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, compte tenu d'une diminution de rendement de 25%.

a. 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Toutefois, lorsqu'un assuré réalise un revenu sans invalidité nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (absence de formation, niveau linguistique insuffisant ou difficultés à trouver un travail en raison du permis de séjour), et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu avant invalidité effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325 s.). Cette jurisprudence a été davantage précisée dans le sens que si la réalisation d'un revenu d'invalidité situé dans la moyenne apparaît comme raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique (ATF 135 V 58, consid. 3.4). Le raisonnement à l'origine de cette jurisprudence est le suivant : si un assuré en bonne santé réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne, en raison de sa situation personnelle qui l'empêche d'obtenir un revenu moyen, il n'y a pas lieu de penser que, atteint dans sa santé, cet assuré pourrait réaliser proportionnellement un revenu en ligne avec la moyenne statistique. Cette jurisprudence qui permet de « paralléliser » les revenus tient en substance compte du fait qu'un assuré qui en bonne santé réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne ne pourra vraisemblablement pas, une fois invalide, réaliser le revenu statistique (ATF 135 V 58, consid. 3.4.3).

Notre Haute Cour a par la suite précisé qu'un parallélisme des revenus à comparer n'est justifié que lorsque de revenu de valide est inférieur d'au moins 5% à la moyenne des salaires usuels de la branche. Le parallélisme doit toutefois porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 et 6.1.3 p. 303 s.).

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

d. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas

---

particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Toutefois, lorsque l'assuré est capable de travailler avec une diminution de rendement, celle-ci est déjà prise en considération dans le taux de capacité de travail exigible, si bien qu'il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2017 consid. 9.2).

14. a. En l'occurrence, l'intimé admet une aggravation entraînant une incapacité de travail totale jusqu'en juin 2016, date à laquelle le Dr I\_\_\_\_\_ constate que le trouble dépressif est en rémission.

Cela étant, il convient de prendre l'année 2016 comme année de référence pour le calcul de la perte de gain.

b. S'agissant du calcul de la perte de gain, il n'y a en l'occurrence pas lieu de procéder à un parallélisme des revenus à comparer, en vertu de la jurisprudence précitée. Il appert en effet que le recourant n'a pas réalisé un revenu nettement inférieur à la moyenne de son domaine d'activité, dès lors que le salaire sans invalidité était de CHF 44'200.- par an et, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour 2012, le salaire médian dans l'hébergement et la restauration est de CHF 44'760.- (TA1\_skill\_level p. 35), ce qui représente seulement une différence de 1,25%.

c. Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est en l'espèce celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétences I) dans le secteur privé, à savoir CHF 63'744.- (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, TA 1). Au regard du large éventail d'activités manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, il doit en effet être admis qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées au handicap du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire

---

inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures en 2014), ce montant doit être porté à CHF 66'453.10. Adapté à l'évolution des salaires entre 2014 et 2016 (indice en 2014 2220 et en 2016 2239), le salaire s'élève à CHF 67'021.80. Avec une diminution de rendement de 25 %, le salaire doit être déterminé à CHF 50'266.40. En raison de la nationalité étrangère et des faibles connaissances en français, il se justifie enfin de procéder à un abattement du salaire statistique de 10 %. Le salaire d'invalidité s'établit ainsi à CHF 45'239.70.

Quant au revenu sans invalidité, le recourant réalisait en 2012 un revenu annuel brut de CHF 44'200.-. Réactualisé à l'année 2016 (indice 2012 2188), il s'élève à CHF 45'230.20.

Cela étant, il appert que le recourant ne subit pas de perte de gain, en dépit du fait qu'il est considérablement handicapé et subit une diminution de rendement de 25%.

Partant, le recourant ne peut prétendre à une rente d'invalidité.

15. Le recourant requiert également des mesures d'ordre professionnel.

a. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

b. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si

---

une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). Par ailleurs, selon la doctrine en la matière, il n'est pas nécessaire, pour l'octroi de mesures de réadaptation, que l'invalidité atteigne un degré minimum d'invalidité (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, ch. 1236 p. 342)

c. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n<sup>os</sup> 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

16. En l'espèce, le recourant ne subit certes pas de perte de gain. Cependant, il peut exercer uniquement une activité mono-manuelle, ce qui limite considérablement le choix d'une nouvelle profession, d'autant plus que le recourant ne dispose que d'une instruction scolaire élémentaire et maîtrise mal le français. Cela étant, il sied de considérer que l'invalidité rend le choix d'une nouvelle activité difficile.

L'intimé estime qu'une telle mesure n'aurait que peu de chance de succès du fait que le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Cependant, selon la jurisprudence susmentionnée, une mesure d'ordre professionnel ne peut être refusée du seul fait que l'assuré manque de motivation, tant que la mesure n'a pas été concrètement proposée et suivie d'une procédure de mise en demeure.

Au demeurant, le recourant est in casu très motivé pour travailler, dès lors qu'il effectue avec ses enfants des travaux de nettoyage dans un fitness, alors même qu'il s'agit d'une activité qui n'est pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, le nettoyage sollicitant les deux bras.

Partant, les conditions légales sont réalisées pour octroyer au recourant une orientation professionnelle.

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision querellée réformée dans le sens que le recourant a droit à une mesure d'orientation professionnelle. La décision sera confirmée pour le surplus.
18. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui est octroyée à titre de dépens.
19. L'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, est 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. Réforme la décision du 8 décembre 2017 dans le sens que le recourant est mis au bénéfice d'une orientation professionnelle, et la confirme pour le surplus.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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