RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4005/2022 **ATAS/590/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 août 2023

Chambre 15

En la cause

A_____ représentée par Maître Aliénor WINIGER	recourant

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente ; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1970, marié et père d'un enfant né le _____ 2003, est titulaire d'un diplôme de « technicien en branche juridique » acquis en 1989 au Kosovo. Il est arrivé en Suisse en 1994 et a, depuis lors, essentiellement travaillé en qualité de peintre en bâtiment et ce, en dernier lieu, pour l'entreprise de travail intérimaire B_____ SA (ci-après : l'employeuse), du 21 mai 2018 au 4 octobre 2019, date à laquelle sa mission auprès d'une société tierce a pris fin.

b. Le 18 janvier 2019, l'assuré a été victime d'un accident de travail. Alors qu'il sortait de sa voiture de service pour vérifier le matériel chargé dans le coffre, il a glissé sur une plaque de verglas et est tombé sur son épaule droite, ce qui a entraîné une atteinte à la santé, sous forme de rupture de la coiffe des rotateurs. Cette atteinte a engendré une incapacité de travail totale dès le 25 janvier 2019. La SUVA, assureur-accidents de l'employeuse, a pris en charge les suites de cet événement en octroyant des prestations provisoires (prestations pour soins et indemnités journalières).

c. Le 30 septembre 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

d. Dans un rapport du 4 novembre 2019, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu à un questionnaire de l'OAI en ces termes : l'assuré présentait, depuis sa chute accidentelle du 18 janvier 2019, une épaule pseudo-paralytique. D'un point de vue strictement orthopédique, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail consistait dans une lésion massive de la coiffe des rotateurs. Celle-ci avait été réparée le 28 février 2019 par arthroscopie. À six et huit mois de cette l'intervention, il persistait des limitations fonctionnelles, à savoir une raideur avec une élévation limitée à 140° et une rotation externe à 20°. La douleur était combattue par la prise de paracétamol. S'agissant des domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales), l'assuré avait des difficultés pour faire le ménage en hauteur et devait veiller, dans le cadre de ses loisirs, à ne pas surcharger son épaule. Dans l'activité de peintre en bâtiment, sa capacité de travail était nulle depuis le 18 janvier 2019. La reprise d'une activité professionnelle était envisageable dès le début du mois de novembre 2019 « selon l'évolution clinique ». Dans une activité adaptée aux limitations de l'épaule précitées, une reprise était d'ores et déjà possible à plein temps, ce depuis le début du mois de septembre 2019.

e. Dans un rapport non daté, reçu le 12 novembre 2019 par la SUVA, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution de l'affection à l'épaule de l'assuré, dont

le traitement avait été sous la responsabilité du Dr C_____. Ce dernier avait délivré un certificat d'arrêt de travail valable jusqu'à fin octobre 2019. Le Dr D_____ a précisé qu'il avait prolongé cet arrêt de travail à 100% pour le mois de novembre, pour tout travail sollicitant le membre supérieur droit. En revanche, la capacité de travail était entière dans toute autre activité.

f. Le 19 décembre 2019, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son rapport du 23 décembre 2019, ce dernier a diagnostiqué une lésion massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, un *status* post-réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs (17 février 2019), ainsi qu'un déséquilibre scapulo-thoracique de l'épaule droite. L'évolution post-opératoire était globalement favorable, avec cependant un important déséquilibre scapulo-thoracique qui empêchait une récupération totale de la mobilité. On notait la présence d'une raideur en élévation/rotation interne et en rotation externe, une scapula enraidie difficilement mobilisable avec un *winging* positif et une force au dynamomètre de Jamar qui était en récupération. L'exigibilité de l'activité de peintre en bâtiment devait être à nouveau évaluée au moment de la stabilisation de l'état de santé. Celle-ci ne serait pas atteinte avant trois mois. D'ici-là, l'accent devait porter sur un rééquilibrage musculaire, en particulier scapulo-thoracique, jusqu'à la fin de la rééducation fonctionnelle.

g. Par communication des 3 et 12 février 2020, l'OAI a pris en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français.

h. Le 13 février 2020, l'OAI a complété cette première mesure par l'octroi d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle, celle-ci consistant en dix séances de coaching destinées à soutenir l'assuré dans son repositionnement sur le marché de l'emploi.

i. Par appréciation du 17 mars 2020, le Dr E_____ a estimé que l'ancienne activité de peintre en bâtiment n'était plus exigible. L'état de santé était stabilisé avec des limitations fonctionnelles pour les activités « au-dessus de l'horizon » et avec grand bras de levier.

j. Le 24 juin 2020, le Dr C_____ a adressé au Dr D_____ le compte-rendu d'une consultation avec l'assuré du 11 juin 2020. Même si la coiffe des rotateurs avait cicatrisé, le Dr C_____ se disait « pas aussi ravi » que l'assuré, dans la mesure où la coiffe des rotateurs était restée raide et que l'assuré n'avait pas pu reprendre son activité antérieure de peintre en bâtiment. Ni l'assuré ni lui-même ne se déclaraient convaincus par une intervention supplémentaire (arthrolyse arthroscopique). Il avait dès lors invité l'assuré à continuer à faire des étirements afin de regagner en souplesse et à rechercher activement une profession puisque l'aide qu'il avait demandée à l'OAI n'avait pas recueilli d'écho favorable jusqu'à présent.

k. Par communication du 9 juillet 2020, l'OAI a pris en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une observation professionnelle à l'atelier d'horlogerie des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI).

l. Le 11 août 2020, le Dr E_____ a reçu l'assuré en vue d'un examen final. Dans son rapport du 14 août 2020, le spécialiste a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Une raideur de l'épaule droite, un déséquilibre scapulo-thoracique et une diminution de la force au niveau du membre supérieur droit persistaient. Les limitations fonctionnelles définitives concernaient le port de charges supérieures à 15 kg de manière régulière, respectivement supérieures à 20 kg de manière irrégulière, les activités bras « au-dessus de l'horizon » et avec grands bras de levier. L'activité antérieure de peintre en bâtiment n'était plus exigible. En revanche, une activité tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées précédemment était exigible sans limite de temps ou de rendement.

m. Dans un second rapport du 14 août 2020, le Dr E_____ a fixé à 10% l'atteinte à l'intégrité, ce qui correspondait, selon ce médecin, à une périarthrite scapulo-humérale moyenne.

n. Dans un rapport du 4 septembre 2020, adressé à l'OAI, les EPI ont indiqué que l'assuré avait suivi un stage d'observation au sein de leur atelier d'horlogerie du 10 au 18 août 2020. Après une semaine, il avait été constaté que l'assuré n'avait ni les capacités physiques ni les capacités d'apprentissage suffisantes pour entreprendre un métier dans l'horlogerie. Dans ces conditions, et en accord avec l'OAI, les EPI avaient interrompu la mesure et sorti l'assuré de leurs effectifs le 18 août 2020.

Par la suite, l'OAI a accordé à l'assuré les mesures de réadaptation suivantes :

- 21 septembre 2020 : orientation professionnelle aux EPI du 12 octobre 2020 au 17 janvier 2021 ;
- 15 janvier 2021 : prolongation de l'orientation professionnelle aux EPI du 18 au 31 janvier 2021 ;
- 11 mars 2021 : évaluation du choix de la profession (sous la forme d'un stage professionnel auprès de l'entreprise F_____ SA, supervisé par les EPI, du 4 mars au 16 mai 2021) ;
- 4 octobre 2021 : placement à l'essai auprès de l'entreprise G_____ SA du 4 octobre au 7 novembre 2021 (sous la supervision des EPI), interrompu le 7 octobre 2021 pour des raisons autres que les problèmes de santé ;
- 28 mars 2022 : soutien (dispensé par OSEO-Genève) lors de la recherche d'un stage ou emploi adapté du 3 janvier au 13 mars 2022 ;
- 28 mars 2022 : placement à l'essai auprès de l'entreprise H_____ SA (sous la supervision d'OSEO-Genève) du 2 au 9 mars 2022 ;

o. Par courrier du 9 octobre 2020 à l'assuré, la SUVA s'est référée à l'examen final du Dr E_____ du 11 août 2020, ainsi qu'à la mesure d'orientation professionnelle prévue du 12 octobre 2020 au 17 janvier 2021 et a indiqué à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement de soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 11 octobre 2020 au soir, étant donné qu'il appartenait à ce dernier de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle en exerçant une activité adaptée à son état de santé et qu'il avait droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité pendant la durée de la mesure d'orientation précitée. La SUVA continuerait cependant à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires. Quant au droit à une éventuelle rente d'invalidité de l'assurance-accidents, il serait examiné une fois les mesures de réadaptation de l'OAI terminées.

p. Par courrier du 3 mars 2022 à l'OAI, l'assuré, représenté par une avocate, a indiqué avoir constaté que les derniers échanges de l'OAI, tant avec OSEO qu'avec la FONDATION FOYER HANDICAP, concernant la place qui pouvait lui être proposée ne figuraient pas au dossier. Il était très actif dans la recherche de stages, avec environ 40 recherches par mois, sans succès jusqu'à présent. Pour l'heure, les places de stage proposées ne répondaient ni à ses limitations fonctionnelles ni à son état de santé, raison pour laquelle ces stages n'avaient pas pu se concrétiser ou avaient dû être interrompus. Dans la mesure où la FONDATION FOYER HANDICAP proposait, pour sa part, un emploi adapté à sa situation, il attendait que l'OAI lui indique les motifs de refus du poste proposé par cette fondation. En ce qui concernait son état de santé, la dernière évaluation, faite par le médecin-conseil de la SUVA, remontait à août 2020 et ne tenait compte que des lésions en lien de causalité avec l'accident. Il convenait toutefois de relever qu'il avait dû consulter, « depuis cet été », un médecin psychiatre en raison d'une évolution défavorable de son état de santé psychique. Au vu de son absence de revenus, l'assuré estimait toutefois ne pas pouvoir assumer financièrement un suivi régulier au regard du coût que cela représentait. Il avait sollicité un rapport médical détaillé qui serait prochainement versé au dossier. En tout état de cause, il apparaissait que l'OAI ne tenait pas compte de l'ensemble des problèmes de santé qui étaient les siens.

q. Dans un rapport final du 1er avril 2022, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a indiqué qu'après un stage non concluant auprès de G_____ SA, pour des raisons qui n'étaient pas inhérentes à son état de santé, l'assuré avait eu une perspective d'emploi auprès de la FONDATION FOYER HANDICAP. Après quelques jours de stage, pourtant concluants, au sein de cette fondation, un engagement n'avait pas pu se concrétiser, dans la mesure où l'assuré ne remplissait pas « la condition lui ouvrant droit à une prestation financière même partielle ». Le 25 mars 2022, lors d'un entretien ayant réuni la chargée de réadaptation de l'OAI, l'assuré et sa conseillère d'OSEO-Genève, l'assuré avait indiqué qu'il était « fatigué de cette situation » et qu'il connaissait une

aggravation de son état de santé. Il avait décidé de consulter une psychiatre (premier rendez-vous en avril 2022). Par ailleurs, il avait développé un problématique cardiaque, à savoir des tachycardies. Des investigations médicales étaient en cours.

Au vu de ces éléments, la division réadaptation professionnelle a terminé son mandat sur la base d'une évaluation médico-théorique. En effet, le placement à l'essai n'avait pas pu se finaliser pour des raisons qui n'étaient pas en lien avec l'atteinte à la santé, mais plutôt dues au contexte économique actuel.

Dès lors que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais qu'il n'avait pas repris une telle activité, il convenait d'évaluer le revenu avec invalidité selon les statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus précisément du tableau TA1 de l'ESS 2018. Il en résultait qu'un homme pouvait réaliser, dans une activité correspondant à la ligne « total », un revenu de CHF 5'417.- par mois (soit CHF 65'004.- par année) dans une activité de niveau 1. En tenant compte de la durée normale de travail s'élevant à 41.7 heures, le revenu avec invalidité était de CHF 5'647.- (soit CHF 67'767.- par année). L'indexation de ce revenu à 2020 (67'767 x 2'298 / 2'260) aboutissait à un revenu avec invalidité de CHF 68'906.-, respectivement CHF 58'570.- en tenant compte d'une réduction de 15% au titre des limitations fonctionnelles et compte tenu du fait que seule une activité légère était exigible. D'autres facteurs de réduction n'entraient pas en ligne de compte. En comparant ce montant au revenu sans invalidité que l'assuré aurait réalisé auprès de son dernier employeur en qualité de peintre en bâtiment en 2020 (CHF 61'233.- ; soit CHF 26.95/h x 40 x 52 / 12 x 13 selon le calcul exposé), la perte de gain s'établissait à CHF 2'633.- et le degré d'invalidité à 4.35% [(61'233 – 58'570) x 100 / 61'233 = 4.35%].

r. Le 1er avril 2022, l'OAI a répondu à l'assuré qui lui avait écrit le 3 mars 2022 qu'il ne remplissait pas les conditions pour occuper un emploi adapté au sein de la FONDATION FOYER HANDICAP. En effet, cette dernière engageait des personnes qui n'étaient plus en mesure de travailler dans le milieu professionnel ordinaire et qui étaient donc au bénéfice d'une rente d'invalidité, même partielle. L'assuré disposait quant à lui d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son épaule droite. Les mesures de réadaptation mises en place avaient révélé qu'une activité telle que celle d'opérateur dans l'industrie légère était adaptée à son état de santé. L'assuré avait été informé à plusieurs reprises – la dernière fois le 25 mars 2022 – que tout changement de son état de santé devait être documenté par la production d'un rapport médical circonstancié. D'ailleurs, le 9 août 2021, l'assuré avait signalé qu'il allait mieux et que le suivi qu'il avait initié auprès d'un psychiatre en 2021 avait été rapidement interrompu. Il avait précisé n'avoir vu ce psychiatre qu'à deux reprises, et avoir arrêté la prise d'antidépresseurs. Enfin, si les mesures de réadaptation n'avaient pas débouché sur un engagement, c'était pour des raisons indépendantes de son état de santé.

s. Par attestation du 13 avril 2022, la docteure I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a certifié avoir vu l'assuré le jour-même et le 30 mars 2022 pour une symptomatologie anxio-dépressive en lien avec ses difficultés à trouver du travail (trouble de l'adaptation). Son patient ne prenait plus la Mirtazapine qu'elle lui avait prescrit en 2021, en raison de la somnolence diurne que ce médicament occasionnait. Elle lui avait prescrit de la Sertraline, « [à] débuter par [paliers] à 50 mg le matin ».

t. Dans un rapport, non daté, reçu le 15 juin 2022 par l'OAI (ci-après : le rapport du 15 juin 2022), la Dre I_____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). L'assuré avait développé depuis une année une symptomatologie anxiodépressive en lien avec ses difficultés à retrouver du travail. Interrogée sur la capacité de travail de l'assuré, d'un point de vue strictement psychiatrique, dans son activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la Dre I_____ a répondu que cette capacité était de 100% dans une activité adaptée à ses problèmes somatiques. Depuis l'introduction de la Sertraline deux mois plus tôt, on observait une légère amélioration de l'état de santé de l'assuré. Ce médicament était bien toléré et l'assuré prenait son traitement.

u. Dans un rapport du 25 août 2022, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'atteinte principale à la santé consistait en des douleurs mécaniques résiduelles dans les suites d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, opérée en février 2019. Quant au trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, il s'agissait certes d'une pathologie associée, du ressort de l'assurance-invalidité, mais qui avait été traitée. De plus, elle n'avait pas été source d'empêchements durables de l'avis de la Dre I_____. Le début de l'incapacité de travail durable remontait au 18 janvier 2019. Dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment, la capacité de travail était nulle. En revanche, dans une activité n'impliquant ni manipulations de charges de plus de 15 kg, ni travail avec le bras au-dessus de l'horizontale, ni grands bras de levier du membre supérieur droit, la capacité de travail était entière depuis le 4 novembre 2019. La SUVA avait certes retenu, en octobre 2021, l'exigibilité d'une activité à plein temps, sans diminution de rendement. Cependant, le Dr C_____ s'est déjà prononcé dans le même sens dans son rapport du 4 novembre 2019. Il n'y avait pas de raison de s'écarter de cette appréciation.

B. **a.** Par projet de décision du 26 août 2022, l'OAI a proposé le refus d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles supplémentaires.

Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. En fonction de l'instruction médicale menée, il convenait de lui reconnaître une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de peintre depuis janvier 2019 (début du délai de carence d'un an). En revanche, dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était entière depuis octobre 2019. Dans la mesure où la comparaison des revenus

effectuée révélait une perte de gain de CHF 2'663.-, correspondant à un degré d'invalidité de 4.35%, l'assuré ne pouvait pas prétendre à une rente. Des mesures d'ordre professionnel supplémentaires n'apparaissent pas indiquées non plus. En effet, faute de permettre une augmentation de la capacité de gain de l'intéressé, de telles mesures n'étaient pas de nature à réduire le dommage de manière notable.

b. Le 29 septembre 2022, l'assuré a contesté ce projet de décision en soutenant que faute d'analyse plurisdisciplinaire effectuée à ce jour, l'instruction médicale menée ne permettait pas d'évaluer l'interaction entre la symptomatologie associée au trouble psychique et les atteintes physiques qui causaient des limitations fonctionnelles importantes. Aussi l'assuré a-t-il conclu à la reprise de l'instruction médicale et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Pour appuyer sa position, l'assuré a produit un rapport du 9 septembre 2022 de la Dre I_____, réitérant le diagnostic de réaction dépressive prolongée (F43.21) en lien avec les difficultés à trouver du travail. En effet, l'assuré avait perdu son travail de peintre en bâtiment en raison de ses problèmes somatiques et ceux-ci faisaient également obstacle à la reprise d'une activité dans le même domaine. Il était actuellement dans une situation d'impasse professionnelle qui affectait son état psychologique. Il était désireux de travailler et avait besoin d'aide afin de pouvoir faire une réadaptation professionnelle. Si celle-ci lui était refusée, cela risquait d'aggraver davantage encore son état psychologique et, à terme, de le rendre complètement inapte au travail pour des raisons psychiatriques. Pour ces raisons, la Dre I_____ soutenait la demande de l'assuré visant à faire réexaminer son dossier par l'OAI, à faire réévaluer sa situation aussi bien physique que psychologique au moyen d'une expertise pluridisciplinaire, afin d'apprécier au mieux la manière dont l'assurance-invalidité pouvait « l'aider à ce qu'il puisse faire une réadaptation professionnelle et retrouver le monde du travail ».

L'assuré a également contesté le calcul du degré d'invalidité. Conformément aux informations communiquées par l'employeur à la SUVA, le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 62'244.- et non à CHF 61'233.- comme indiqué par l'intimé.

Enfin, des mesures professionnelles complémentaires se justifiaient, étant donné qu'il était motivé pour s'y soumettre et que celles-ci étaient propres à augmenter sa capacité de gain et à lui permettre de se réinsérer dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c. Par avis du 18 octobre 2022, le SMR a rappelé que dans son rapport du 15 juin 2022, la Dre I_____ retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée d'un point de vue somatique. Quant au rapport du 9 septembre 2022, rendu à trois mois d'intervalle par cette même psychiatre, il n'en ressortait pas qu'il existait de nouveaux éléments cliniques, tels qu'une modification notable du status psychiatrique, une augmentation du traitement psychiatrique, une modification ou augmentation des limitations fonctionnelles. En l'état actuel du

dossier, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis que le SMR avait rendu le 25 août 2022.

d. Par décision du 18 octobre 2022, l'OAI a refusé des mesures professionnelles supplémentaires et l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Il résultait de l'examen des éléments apportés par l'assuré dans le cadre de son audition qu'il n'était possible de retenir ni modification ni aggravation notable. En conséquence, l'OAI s'en est tenu à sa précédente appréciation.

C. **a.** Le 23 novembre 2022, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à la condamnation de l'intimé à lui accorder les prestations légales sous forme de rentes, fondées sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1er avril 2020. Au titre des mesures d'instruction qu'il entendait préalablement voir mises en œuvre, le recourant a requis son audition et celle des Drs I_____ et D_____, de même que la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et orthopédique).

À l'appui de ses conclusions, il a produit notamment :

- un rapport du 7 novembre 2022 de la Dre I_____, indiquant que depuis le 25 octobre 2022 – jour où son patient avait appris que l'intimé lui refusait la réadaptation professionnelle –, elle constatait un effondrement dépressif brutal et sévère, lequel correspondait à un épisode dépressif sévère (F32.2). Le recourant avait présenté initialement une réaction dépressive prolongée (F43.21) en lien avec ses difficultés à trouver du travail. À cette époque, la capacité de travail était entière « uniquement dans une activité protégée » et adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques. Actuellement, sa capacité de travail était nulle, et ce depuis le 22 octobre 2022, date à laquelle une péjoration thymique avait succédé à une amélioration lente et progressive ;
- un rapport du 18 novembre 2022 du Dr D_____, lequel rappelait les suites de l'accident du 18 janvier 2019 sur le plan somatique et les conclusions que le Dr E_____ avait prises à l'issue de son examen final du 11 août 2020. Pour sa part, le Dr D_____ avait pu voir le recourant très régulièrement en 2019, 2020, 2021 et un peu moins en 2022, soit quelques fois en début d'année, en avril, puis le 28 octobre. Les dernières analyses sanguines, effectuées en avril 2022, étaient sans grande particularité. Le diagnostic psychiatrique avait été posé par la Dre I_____. Il adhérait au constat de cette dernière, signalant que l'impossibilité de l'intéressé à être reclassé convenablement nuisait à sa santé et était responsable d'un état dépressif prolongé. Ses plaintes récurrentes de fatigue, dévalorisation, tristesse, insomnie, anhédonie, perte d'élan vital et autres troubles somatiques de type digestifs et neurologiques allaient dans le même sens. L'assuré n'avait jamais pu reprendre le plein usage de son épaule droite.

b. Par réponse du 22 décembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours en soutenant que le tableau clinique était dominé par une problématique de nature essentiellement physique qui avait été instruite à satisfaction de droit. Pour le surplus, il n'y avait au dossier aucun élément médical objectif évoquant des troubles psychiques de nature à influencer la capacité de travail du recourant. En effet, dans son rapport du 9 septembre 2022, la Dre I_____ faisait état uniquement d'une réaction dépressive prolongée (F43.21) en lien avec les difficultés du recourant à trouver du travail. Or, il convenait de rappeler à cet égard que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il était nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialiste, ce qui n'était pas le cas.

c. Le 15 février 2023, dans le délai prolongé à cet effet, le recourant a répliqué en faisant valoir en substance que les conditions de prises en charge par l'assurance-accidents n'étaient pas transposables telles quelles à l'assurance-invalidité et que dans le cas particulier, on ne pouvait ignorer les explications fournies par la Dre I_____.

À l'appui de sa position, le recourant a produit un nouveau rapport de ce médecin, daté du 9 février 2023, retenant les diagnostics suivants :

- F32.2 : épisode dépressif majeur, avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ;
- F45.4 : trouble douloureux chronique somatoforme ;
- F42 : trouble obsessionnel compulsif.

Depuis le début de la prise en charge au moins, mais anamnestiquement depuis 2020, le patient présentait une symptomatologie anxio-dépressive correspondant à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Depuis juillet 2022, on notait une nette péjoration, remplissant les critères d'un épisode dépressif majeur, avec épisode actuel sévère. À noter que le patient présentait également des douleurs somatiques par suites de son accident « de 2009 » (NDR : probablement « 2019 ») qui s'étaient progressivement chronicisées. Présent depuis le printemps 2020, le trouble obsessionnel compulsif était apparu dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Les limitations étaient surtout physiques. Sur le plan psychologique, celles-ci prenaient la forme d'une faible résistance au stress, d'une irritabilité avec méfiance « interprétativiste » et de difficultés dans les relations interpersonnelles. La capacité de travail était nulle, y compris dans une activité adaptée.

Interrogée sur l'existence d'un substrat médical, la Dre I_____ a répondu par l'affirmative. Le recourant avait des problèmes physiques – qu'elle laissait aux

médecins somaticiens le soin de détailler – et ses douleurs chroniques avaient un impact sur le plan psychologique.

d. Le 16 février 2023, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à l'intimé.

e. Les autres faits seront exposés, si nécessaire, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

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

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

2.

2.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

2.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit – si un tel droit devait être reconnu – serait né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.

L'objet du litige est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la

contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2 et les références).

En l'espèce, la décision querellée nie au recourant aussi bien le droit à de nouvelles mesures d'ordre professionnel que celui à une rente d'invalidité. Cela étant, en tant que le recourant conteste le taux d'invalidité fixé par l'intimé (4.35%), sans pour autant remettre en cause le refus de nouvelles mesures d'ordre professionnel, le recours dont est saisie la chambre de céans ne concerne que le droit à une rente d'invalidité, qui est donc seul litigieux.

5. 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, mentale ou psychique 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 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. 28 al. 2 LAI).

6.

6.1 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.2 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

6.3 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les

limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

6.5

6.5.1 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).

6.5.2 Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation

de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs (cf. ci-après : consid. 7), au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

6.5.3 Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

6.5.4 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

7. Sous réserve des exceptions précitées (ci-dessus : consid. 6.4 et 6.5.3), en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder 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).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

8.

8.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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

les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

8.3 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.

8.3.1 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).

8.3.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8.3.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9.

9.1 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 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

9.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. Faisant siennes, en l'espèce, les conclusions du Dr E_____, le SMR et, à sa suite, l'intimé, considèrent que depuis l'accident du 18 janvier 2019, la capacité de travail du recourant est définitivement nulle dans l'activité de peintre en bâtiment, mais que depuis le 4 novembre 2019 (date du rapport du Dr C_____), celle-ci est entière dans une activité n'impliquant ni manipulations de charges de plus de 15 kg, ni travail avec le bras au-dessus de l'horizontale, ni grands bras de levier du membre supérieur droit.

Étant donné que le recourant ne conteste pas cette appréciation sur le plan somatique et que celle-ci n'est pas non plus remise en cause par les rapports médicaux produits à ce jour, il n'y a pas lieu de s'en écarter, de sorte que des investigations supplémentaires – que le recourant souhaiterait voir mises en œuvre

dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire – ne se justifient pas en l'état, à tout le moins d'un point de vue somatique/orthopédique.

Les parties s'opposent en revanche sur la question de savoir si les troubles psychiques attestés par la Dre I_____ font obstacle à l'exercice d'une activité, quand bien même celle-ci serait adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, qui sont liées aux séquelles que l'accident a laissées à l'épaule droite.

Alors que l'intimé considère que la réaction dépressive prolongée (F43.21) – en lien avec les difficultés du recourant à trouver du travail – relève de facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (cf. ci-dessus : consid. 6.2), le recourant s'appuie sur les deux derniers rapports de la Dre PATRU, faisant état d'une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 22 octobre 2022 et d'un épisode dépressif sévère depuis le 25 octobre 2022 (cf. rapport du 7 novembre 2022), respectivement de troubles psychiques supplémentaires, à savoir un trouble douloureux somatoforme (F45.4) et un trouble obsessionnel compulsif (F42 ; cf. rapport du 9 février 2023, attestant une capacité de travail toujours nulle).

Il sied de relever que dans son rapport du 15 juin 2022, la Dre I_____ indiquait encore que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ne faisait pas obstacle à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux problèmes somatiques. Dans son rapport subséquent, du 9 septembre 2022, elle mettait en avant un risque d'aggravation de l'état psychologique du recourant, avec, à terme, une possible incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques si des mesures de réadaptation étaient refusées à son patient.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

En l'occurrence, au moment de la décision litigieuse, soit le 18 octobre 2022, et selon les rapports de la Dre I_____ établis jusqu'à cette date, il n'était pas question d'une incapacité de travail pour raisons psychiatriques, mais d'un risque que celle-ci se produisît. Sur la base de ces éléments, on ne saurait faire grief au SMR d'avoir considéré, dans son avis du 18 octobre 2022, qu'il ne ressortait pas du rapport du 9 septembre 2022 de la Dre I_____ qu'il existait de nouveaux

éléments cliniques par rapport au précédent rapport de cette psychiatre, du 15 juin 2022.

Étant donné que l'incapacité de travail totale pour raisons psychiques et l'épisode dépressif sévère sont apparus le 22, respectivement le 25 octobre 2022, soit après la décision litigieuse, il n'y a pas lieu en principe d'en tenir compte. On constate cependant que le rapport du 9 février 2023 fait remonter la péjoration de l'état dépressif du recourant à juillet 2022. En outre, dans la mesure où ce rapport atteste d'éléments nouveaux qui auraient déjà existé (au moins en partie) au moment de la décision litigieuse, à savoir un trouble douloureux chronique somatoforme (F45.4) sur fond de douleurs s'étant progressivement chronicisées depuis l'accident, ainsi qu'un trouble obsessionnel compulsif (F42) apparu au printemps 2020, on ne saurait se rallier à l'appréciation selon laquelle les aspects non somatiques du cas se résumeraient à des facteurs psychosociaux ou socioculturels non pertinents.

En tout état, les rapports successifs de la Dre I_____, qui n'effectuent aucune analyse des troubles diagnostiqués à la lumière des indicateurs jurisprudentiels (ci-dessus : consid. 6.3 et 7), ne sont ni assez cohérents entre eux, ni suffisamment précis et motivés pour permettre à la chambre de céans de se prononcer sur le droit aux prestations.

Dans ces circonstances, l'intimé ne saurait faire l'économie d'une instruction du dossier sur le plan psychiatrique.

La cause n'étant pas en état d'être jugée, la décision du 18 octobre 2022 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPGA) et, cela fait, rende une nouvelle décision.

11. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 18 octobre 2022 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

12. Le recourant, représenté par son avocate, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Compte tenu du fait que le rapport qui conduit la chambre de céans à renvoyer la cause à l'OAI a été établi après la décision litigieuse, il n'y a pas lieu de mettre d'émolument à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI *a contrario*).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 18 octobre 2022 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Octroie au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens, à charge de l'intimé.
5. Dit que la procédure est gratuite.
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
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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