

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4103/2019

ATAS/158/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 février 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANIÈRES

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien né le _____1963, au bénéfice d'un permis d'établissement (ci-après : permis C), menuisier-ébéniste indépendant de profession, a été victime le 5 mars 2014 d'une chute sur l'épaule droite, dans son atelier, accident qu'il a déclaré à son assureur, La Mobilière Assurances & Prévoyance (ci-après : l'assureur).
2. Dès le 6 mars 2014, l'assuré a été en incapacité de travail complète.
3. Le 1^{er} mai 2014, l'assuré a effectué une arthro-imagerie par résonance magnétique (ci-après : arthro-IRM) dont il ressortait une rupture complète de l'insertion distale du tendon du muscle sus épineux qui apparaissait rétracté sur environ 4 cm de long sans atrophie ni amyotrophie, un aspect grêle et aminci de l'insertion distale du tendon du muscle sous scapulaire avec une probable déchirure partielle de la jonction musculotendineuse en regard de la glène de l'omoplate, un conflit sous acromial et que le tendon du long chef n'était pas visualisé de manière satisfaisante dans sa portion intra articulaire.
4. Le 23 mai 2014, il a ainsi subi une opération réalisée par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, sous anesthésie générale, consistant en une réinsertion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromioplastie et une résection arthroplastique acromioclaviculaire.
5. Par certificat du 21 juillet 2014, le Dr B_____ a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et un conflit sous acromial. L'évolution des symptômes et le pronostic étaient favorables. Un traitement conservateur et de physiothérapie était désormais préconisé en vue d'un renforcement musculaire. L'assuré ne pouvait pas effectuer son travail de menuisier-ébéniste. Il ne pouvait pas forcer sur l'épaule, ni soulever de charge. Ainsi, sa capacité de travail était réduite concernant le levage, le portage et la mobilité.
6. D'après le rapport d'expertise du docteur C_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, du 8 novembre 2014, établi à la demande de l'assureur, le diagnostic visait un status après déchirure complète du tendon sus-épineux avec rétraction importante, une probable petite coupure au niveau du tendon du sous-scapulaire, un conflit sous-acromial, un status après réparation arthroscopique et une possible atteinte du plexus cervical lors du bloc interscalénique précédant une anesthésie générale. L'évolution était lentement favorable, mais l'épaule de l'assuré était encore très fragile, de sorte qu'il devait la ménager un maximum. La physiothérapie commencée volontairement trois mois après l'opération était bénéfique pour l'assuré. L'incapacité de travail était totale et une reprise partielle ou même à 100 % n'était pas encore prévisible. Il n'était pas possible d'exiger de l'assuré d'avoir une activité quelconque. En effet, le trouble neurologique des deux doigts de la main droite, subséquent à l'opération, empêchait l'utilisation de cette main d'une manière correcte, et en particulier de travailler à l'ordinateur. Il recommandait un examen neurologique afin de clarifier cette situation et de faire des prévisions pour l'avenir.

7. Le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a ainsi examiné l'assuré le 18 novembre 2014.

Selon son compte-rendu y relatif, l'assuré avait noté, immédiatement après l'opération, l'apparition de douleurs prenant la face latérale de l'avant-bras jusque dans la main droite, suivies d'une perte de sensibilité de la face dorsale des deux dernières phalanges du majeur et, dans une moindre mesure, de l'index droit, avec douleurs articulaires au niveau des articulations inter-phalangiennes proximales et distales sans perte de force. Vu le status neurologique et l'examen neurophysiologique, l'hypothèse la plus probable était certainement une souffrance sur irritation, voire lésion a minima, lors de la réalisation du bloc axillaire, dont l'évolution avait été spontanément favorable depuis, et devrait, a priori, se poursuivre jusqu'à une récupération complète ou quasi-complète.

8. Le 2 décembre 2014, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a accusé réception de la demande de prestations de l'assuré.
9. À la demande de l'OAI, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin traitant de l'assuré, a indiqué dans un rapport du 16 décembre 2014, que celui-ci souffrait d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, opérée en mai 2014, ayant un effet sur sa capacité de travail, ainsi que d'hypertension, de diabète et de lombalgies récidivantes. Il était en phase de rééducation. Après celle-ci, l'activité exercée serait encore exigible, mais impossible pour le moment. La mobilisation de l'épaule droite devait être épargnée. Une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisageable à une date indéfinie. L'assuré ne pouvait pas effectuer des activités uniquement en position debout, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, être à genou, soulever et porter, monter sur une échelle ou un échafaudage.
10. De même, le Dr B_____ a indiqué le 8 janvier 2015, que le diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail consistait en une rupture de la coiffe des rotateurs, un conflit sous-acromial et une arthropathie acromioclaviculaire de l'épaule droite. L'assuré était toujours handicapé et le pronostic réservé. Le traitement de physiothérapie se poursuivait. L'activité exercée restait encore inexigible.
11. Le 15 janvier 2015, l'assuré a remis à l'OAI diverses pièces requises, dont ses bilans comptables pour les années 2011 à 2013.
- Ultérieurement, le 2 octobre 2015, il a également remis celui de l'année 2014.
12. Par courrier du 4 mai 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé. L'instruction de son dossier se poursuivait dans le but de déterminer s'il remplissait les conditions pour l'octroi d'éventuelles prestations.
13. Au mois d'octobre 2015, la Dresse E_____ et le Dr B_____ ont derechef complété des rapports sur demande de l'OAI.

Le 10 octobre 2015, la Dresse E_____ a constaté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il n'y avait aucun changement dans les diagnostics, hormis une récurrence de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. La capacité de travail était nulle dans l'activité de menuisier et à déterminer dans une autre activité. Un « recyclage professionnel » devait être proposé.

Le 15 octobre 2015, le Dr B_____ a également indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Les diagnostics étaient inchangés. Les éléments ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré étaient un manque de force et une épaule faible bien qu'il eût récupéré une mobilité complète. Pour le moment, l'assuré ne pouvait exercer des activités nécessitant de la force et où son épaule serait sollicitée. Il devait continuer la physiothérapie. Sa capacité de travail était nulle dans son activité de menuisier.

14. Sur la base des rapports précités, la doctoresse F_____, médecin du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu dans son rapport du 28 mars 2016, que la capacité de travail dans une activité habituelle était nulle depuis le 5 mars 2014, mais de 100 % dans une activité adaptée dès le 15 octobre 2015. Les limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en une absence de travail de force et de mouvements répétitifs du membre supérieur droit, de port de charges lourdes avec le membre supérieur droit et d'utilisation d'engins/machines vibrantes. Il ne pouvait être exigé de l'assuré qu'il se soumette à un traitement médical permettant d'améliorer de manière significative sa capacité de travail. En octobre 2015, la Dresse E_____ annonçait une récurrence de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite devant faire envisager un changement de profession. À la même époque, le Dr B_____ confirmait que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une activité adaptée devrait éviter tout travail de force avec le membre supérieur droit.
15. D'après le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante de l'OAI du 24 novembre 2016, l'assuré rencontrait le même problème de santé au niveau de l'épaule gauche, qui avait nécessité une infiltration en octobre 2016.

Il ressortait des comptes d'exploitation versés au dossier, une baisse du chiffre d'affaires depuis l'atteinte à la santé de l'assuré. Ni la comptabilité ni l'extrait de compte individuel (ci-après : CI) ne permettaient d'évaluer le revenu hypothétique sans invalidité. À défaut de pouvoir disposer de renseignements concrets et fiables sur le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré sans invalidité, il convenait de se référer aux données salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Étant donné que l'assuré avait cessé son activité habituelle de menuisier et chef d'entreprise en décembre 2015 et que son activité habituelle n'était pas exigible selon l'avis du SMR, il y avait lieu d'admettre un préjudice économique total dans son activité indépendante, à l'échéance du délai de carence. Si une exigibilité dans une activité adaptée devait être retenue, il y aurait lieu de prendre en considération le revenu hypothétique sans invalidité de CHF 69'480.-.

16. Le 8 décembre 2016, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré en 2015, en se fondant sur les ESS et en tenant compte d'un abattement de 15 % (correspondant aux limitations fonctionnelles) sur le salaire avec invalidité. Il en résultait un degré d'invalidité de 19,87 %.
17. Le 9 mai 2017, l'assuré a rencontré un conseiller en réadaptation et l'a informé de l'aggravation de son état de santé.
18. Le 10 octobre 2017, il a transmis à l'OAI un certificat de la Dresse E_____ du 3 octobre 2017, récapitulant son suivi médical depuis 2015. À la suite de l'opération de l'épaule droite, des douleurs étaient réapparues en 2016 avec une limitation fonctionnelle importante. Le bilan arthro-IRM montrait en 2016 une récurrence de la déchirure transfixiante du sus-épineux avec irritation du plexus brachial postopératoire et dysesthésies du bras droit. Il y avait une douleur à l'épaule gauche sans preuves de déchirure tendineuse et des lombalgies chroniques fluctuantes. L'assuré avait subi une méralgie parasthésique en novembre 2015 du côté droit et une opération du doigt à ressort gauche en 2016, et effectué un nouveau bilan échographique des épaules, avec infiltration de l'épaule droite en 2016 et 2017, ainsi qu'une opération d'une récurrence d'hémorroïdes en 2017. Il était également suivi régulièrement pour un diabète non insulino-dépendant et une hypertension artérielle, ainsi qu'un état anxio-dépressif.

L'assuré allait également faire établir prochainement un diagnostic et bilan quant à ses problèmes d'acouphènes.

19. Selon l'avis du SMR du 19 décembre 2017, une aggravation de l'état de santé de l'assuré était plausible. Dans cette mesure, il laissait le soin à l'OAI d'entamer une instruction.
20. Par rapport du 5 janvier 2018, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a estimé que les mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées actuellement. La situation devrait être revue si nécessaire au terme de l'instruction médicale.
21. Selon un rapport de la Dresse E_____ du 4 janvier 2018, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, notamment en raison des douleurs à son épaule gauche depuis l'automne 2017. Vu la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, il convenait de demander un avis chirurgical. La capacité de travail était nulle dans l'activité de menuisier et à examiner dans une activité adaptée. Un « recyclage professionnel » était à discuter.
22. Dans son avis médical du 11 janvier 2018, le SMR a considéré que les opérations mentionnées dans les rapports médicaux de la Dresse E_____ n'entraînaient pas sur le long terme de limitations fonctionnelles ni de complications. Il y avait lieu de réévaluer les limitations fonctionnelles possiblement engendrées par les douleurs à l'épaule gauche, ainsi que l'état dépressif.
23. Le 16 mai 2018, la Dresse E_____ a confirmé que la situation de l'assuré était identique à celle du mois de décembre 2017 et son état stationnaire. Il n'y avait pas

de changements dans les diagnostics, hormis une proposition d'une intervention chirurgicale pour la rupture de la coiffe de rotateurs de l'épaule gauche. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité de menuisier et à déterminer dans une autre activité. Un « recyclage professionnel » restait à discuter.

24. Pour sa part, l'assuré a précisé le 22 mai 2018 qu'il n'était pas suivi par un médecin psychiatre, qu'il avait obtenu deux consultations avec le Dr G_____ mais n'était pas suivi par celui-ci et qu'il n'avait pas changé de médecin orthopédiste. Il faisait également part de son étonnement quant à la lenteur du traitement de son dossier.
25. Le Dr G_____ a indiqué le 8 juin 2018 n'avoir vu l'assuré qu'à deux reprises en décembre 2017 et en février 2018. Celui-ci présentait une rupture opérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite restant douloureuse et une rupture non opérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche douloureuse. Il travaillait actuellement à plein temps. Mais il était certain que dans une activité physique lourde, l'assuré risquait à terme d'évoluer défavorablement. Il était opportun d'envisager un reclassement professionnel dans le but d'éviter des contraintes répétitives et en charge susceptibles d'aggraver la situation tant à droite qu'à gauche.
26. Dans le rapport final du SMR du 9 octobre 2018, la docteure H_____ a retenu comme incapacitantes les atteintes des deux épaules, la profession habituelle de menuisier n'étant plus exigible. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles des deux épaules, la capacité de travail était entière. La mobilité articulaire des deux épaules était conservée. Les limitations fonctionnelles pour les deux épaules consistaient en une absence de travail de force et de mouvements répétitifs des deux membres supérieurs, un port de charge limité à 10 kg avec les deux bras, et à 5 kg avec un bras, et une absence de travail avec les deux membres supérieurs au-dessus du plan de l'horizontale et d'utilisation d'engins vibrants. Les autres atteintes, à savoir l'hypertension, le diabète de type 2, un status post-opération de doigt à ressort à gauche, une meralgie paresthésica et des hémorroïdes, n'étaient pas incapacitantes sur le long terme, excepté en cas de complications alors non connues.
27. Le 30 novembre 2018, l'OAI a considéré que le taux d'invalidité déterminé à 8,5 % n'ouvrait pas droit à des mesures d'ordre professionnel de type reclassement. L'incapacité de travail de l'assuré ne l'entravait nullement dans sa recherche d'une activité adaptée. Il existait des activités simples et répétitives sur le marché primaire qui ne nécessitaient pas de formation ou soutien à la recherche d'un tel emploi.
Était jointe la détermination du degré d'invalidité, laquelle ne prenait pas en considération d'abattement au titre des limitations fonctionnelles de l'assuré et se référait au salaire mensuel selon l'ESS.
28. Par projet de décision du 25 janvier 2019, l'OAI a informé l'assuré que les conditions de l'octroi d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % étaient remplies pour la période du 1^{er} juin 2015 au 31 janvier 2016. Les mesures professionnelles étaient refusées.

Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, dès le 1^{er} mars 2014 (début du délai d'attente d'un an) et considérait que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100 % dès le 15 octobre 2015. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 69'480.- en 2012, actualisé à CHF 73'514.- en 2015 et d'un revenu avec invalidité de CHF 67'298.-, la perte de gain s'élevait à CHF 6'216.-, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 9 %. À l'échéance du délai d'attente, soit à partir du 1^{er} mars 2015, son incapacité de gain était jugée entière. Le droit à une rente entière aurait pu s'ouvrir dès cette date. La demande de prestations ayant toutefois été déposée le 2 décembre 2014, la rente entière ne pouvait être versée qu'à compter du mois de juin 2015. Il était considéré que son état de santé s'était amélioré depuis le 15 octobre 2015. Dès cette date, sa capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée. Ainsi, le droit à la rente s'éteignait après une période d'amélioration de la capacité de gain de trois mois, soit dès le 1^{er} février 2016. Un taux inférieur à 40 % n'ouvrait pas droit à des prestations de l'AI, sous forme de rente. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans sa situation.

29. Par courrier du 11 février 2019, l'assuré a contesté toute amélioration de son état de santé depuis le 15 octobre 2015. Celui-ci avait au contraire empiré. En outre, il demandait si la perte de gain estimée à 9 % correspondait à un degré d'invalidité équivalent, comment avaient été calculés les gains sans et avec invalidité de respectivement CHF 73'514.- et CHF 67'298.- et s'il allait recevoir une rente ou non.
30. Le 15 février 2019, l'OAI lui a répondu que le degré d'invalidité de 9 % était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de la part de l'AI ; que la perte de gain due à l'invalidité, exprimée en pourcentage, indiquait le taux d'invalidité ; que la méthode générale de comparaison des revenus s'appliquait aux personnes de condition indépendante ; que lorsque l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative, il était fait référence aux statistiques salariales résultant de l'ESS. Ainsi, après examen de données communiquées par le SMR et compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, l'assuré pouvait exercer toute activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail qui ne nécessitait pas de formation complémentaire. Une réduction supplémentaire n'était pas d'actualité car il disposait des ressources suffisantes pour trouver une activité adaptée à sa problématique de santé. S'agissant de sa contestation de l'évaluation médicale effectuée, le fardeau de la preuve lui incombait. Ainsi, il devait fournir à l'OAI les éléments médicaux attestant d'une aggravation de son état de santé au-delà du 15 octobre 2015. Sans nouvelle de sa part d'ici au 14 mars 2019, une décision identique au projet visé serait rendue. La caisse de compensation compétente lui notifierait une décision chiffrée concernant son droit à une rente entière pour la période allant du 1^{er} juin 2015 au 31 janvier 2016.

31. Par décision du 10 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 25 janvier 2019.
32. Par acte posté le 5 novembre 2019, l'assuré a recouru auprès de la chambre de assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision précitée, en contestant la fin de l'octroi d'une rente en sa faveur à compter du 15 octobre 2015, ainsi que toute amélioration de son état de santé.

Se posait la question de savoir sur quels critères objectifs et rapports médicaux, l'intimé s'était basé pour arriver à cette conclusion. Lui-même n'était en possession d'aucun rapport médical prouvant une quelconque amélioration soudaine de son état de santé, passant ainsi d'un taux d'invalidité de 100 % à compter du 1^{er} juin 2015 à 0 % dès le 15 octobre 2015. Il était fait référence à une activité adaptée, sans indication de quel type d'activité il s'agissait, ni sur quel rapport médical cette assertion était fondée.

33. Le 2 décembre 2019, l'intimé a transmis son dossier et ses écritures, en concluant au rejet du recours et en maintenant sa position.

Au surplus, les éléments médicaux figurant au dossier, notamment les avis du SMR des 9 octobre 2018 et 28 mars 2019, établissaient que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois d'octobre 2015. Ladite capacité de travail était confirmée par les médecins traitants du recourant, notamment le Dr B_____ dans son rapport du 15 octobre 2015. Ce dernier pouvait exercer différentes activités qui ne nécessitaient pas de formation complémentaire, conformément à la jurisprudence. Le recourant n'établissait pas en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues et ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'instruction et suffisamment pertinent.

34. Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger, le recourant n'ayant pas fait usage de son droit à la réplique dans le délai imparti.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 décembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de limiter, au 31 janvier 2016, le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références citées ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA.

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références citées).

6. 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).
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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références citées).
10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

11. a. 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.
- b. 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).
- c. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références citées), 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).
12. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références citées). 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).
13. 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 in 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 in SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

14. En l'espèce, il n'est pas contesté qu'en raison d'une rupture de la coiffe des rotateurs de son épaule droite, ayant entraîné une opération de celle-ci le 23 mai 2014, le recourant a présenté dès le 6 mars 2014 une incapacité de travail totale dans toute activité. L'intimé considère qu'une amélioration est intervenue dès le 15 octobre 2015, date à laquelle le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, ce que celui-ci conteste.

À l'appui de sa décision querellée, l'intimé s'est fondé sur les rapports du SMR des 28 mars 2016 et 9 octobre 2018. Ceux-ci retiennent que la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée. Ils ne reposent toutefois pas sur des observations cliniques auxquelles l'un des médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Or, le résultat de cette appréciation – soit l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 15 octobre 2015 – n'est corroboré par aucune pièce du dossier. En effet, et contrairement à ce qu'indique la Dresse F_____ dans son rapport du 28 mars 2016, aucun médecin ayant examiné le recourant – que ce soit la Dresse E_____, le Dr B_____, le Dr C_____ ou le Dr D_____ – ne s'est prononcé sur sa capacité de travail résiduelle. En particulier, au mois d'octobre 2015, la Dresse E_____ et le Dr B_____ ont uniquement indiqué que la capacité de travail du recourant dans l'activité de menuisier était nulle et à évaluer dans une autre activité, une reconversion professionnelle devant être proposée. Or, c'est précisément sur ces rapports médicaux que le SMR a établi ses conclusions du 28 mars 2016 et que l'intimé a fondé sa décision querellée. Si la Dresse E_____ et le Dr B_____ ont certes indiqué que la capacité de travail du recourant dans une autre activité devait être évaluée, il ne saurait nullement en être déduit, comme l'a fait le SMR, que le recourant avait recouvré dès le 15 octobre 2015 une capacité de

travail entière dans une activité adaptée. Il en va de même du rapport du SMR du 9 octobre 2018, alors que dans l'intervalle, il a été admis qu'il existait également une atteinte à l'épaule gauche du recourant depuis le mois d'octobre 2016, de sorte qu'une aggravation de son état de santé était apparue plausible, tel que l'avait constaté le SMR dans son avis médical du 19 décembre 2017.

Ainsi, en procédant de la sorte, le SMR a posé de nouvelles conclusions, alors qu'il doit se limiter à apprécier celles déjà existantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Force est donc de constater qu'en l'absence d'une analyse probante de la situation médicale du recourant, l'intimé ne pouvait se fonder sur les conclusions du SMR pour limiter les prestations à la période du 1^{er} juin 2015 au 31 janvier 2016.

En l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de déterminer si et dans quelle mesure la capacité de travail du recourant s'est améliorée à compter du 15 octobre 2015, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale et de déterminer s'il a présenté un changement important au sens de l'art. 17 LPGA. Les rapports versés à la procédure ne permettant pas à la chambre de céans de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur ce point, et cas échéant, mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. À l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à des mesures d'ordre professionnel et des prestations d'invalidité à partir du 1^{er} février 2016.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement et la décision du 10 octobre 2019 annulée en tant qu'elle supprime le droit à la rente du recourant à partir du 1^{er} février 2016. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent.
16. Aucune indemnité ne sera allouée au recourant, comparaisant en personne (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
17. Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 10 octobre 2019 en tant qu'elle supprime le droit à la rente du recourant à partir du 1^{er} février 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 500.- 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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