



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4561/2017

ATAS/798/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 août 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître William
RAPPARD

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1981, a exercé la profession de peintre en bâtiment indépendant. Il a réalisé un bénéfice de CHF 73'999.80 en 2012, de CHF 69'802.80 en 2013.
2. Le 24 juin 2014, l'assuré a été victime d'une chute, à la suite de laquelle il a été mis en arrêt de travail, de sorte que, cette année-là, son bénéfice ne s'est élevé qu'à CHF 30'018.-.
3. Le 6 novembre 2014, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur ainsi qu'en chirurgie de l'épaule et du coude, a diagnostiqué une calcification de la coiffe des rotateurs.
4. Le 5 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

Ont été versés notamment au dossier :

- le rapport rédigé le 28 juillet 2014 par le docteur C_____, médecin-traitant, concluant à une contusion de l'épaule et du coude droits ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis le 25 juin 2014 ;
- un avis du docteur D_____, médecin-conseil de l'assureur-accidents, du 2 septembre 2014, dont il ressort qu'en juin 2015, l'assuré a chuté d'une échelle d'une hauteur de 1.50 m., qu'il s'est réceptionné sur le côté droit et s'est heurté le coude et l'épaule droits, que les examens pratiqués n'ont pas montré de lésions anatomiques traumatiques, mais une calcification en regard du trochiter de l'épaule droite compatible avec une périarthrite calcifiante de l'épaule ; le médecin a conclu à un état pathologique préexistant de l'épaule droite sous la forme d'une tendinopathie calcifiante dont il a indiqué qu'elle ne pouvait en aucun cas être le résultat d'un traumatisme récent ;
- un rapport d'entretien pour détection précoce auprès de l'OAI du 19 mars 2015 relatant que l'assuré se disait découragé par son inaction forcée, que son moral était au plus bas et qu'il était suivi par un psychiatre ; la possibilité d'un coaching était évoquée ;
- un rapport du 22 avril 2015 du Dr B_____ confirmant le diagnostic de tendinopathie calcifiante bilatérale et mentionnant, en précisant qu'elles étaient sans effet sur la capacité de travail, des épicondylites, conséquences probables des douleurs aux épaules ; le médecin concluait à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais évaluait la capacité de travail de son patient dans une activité de bureau à 100%, sans indiquer depuis quand ;

- un rapport ultérieur rédigé par ce même médecin le 8 mai 2015, confirmant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis l'été, voire l'automne 2015 ;
- un rapport rédigé le même jour par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie mandaté par l'assurance-accidents, estimant qu'en l'état, l'assuré souffrant au moindre mouvement de l'épaule, il n'y avait pas de profession adaptée à la situation, qualifiée de subaiguë ;
- un rapport du 12 mai 2015, du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant à un épisode dépressif majeur sévère entraînant une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle mais émettant un pronostic favorable dans une activité adaptée, sous réserve d'une réorientation ; le médecin qualifiait la capacité de travail dans une activité adaptée de « bonne » ; plus loin, il indiquait qu'une activité adaptée au handicap était possible au point de vue psychiatrique, sans indiquer à partir de quand, ni à quel taux ;
- un rapport du 13 mai 2015, du Dr C_____, concluant à des omalgies bilatérales et à un épisode dépressif majeur sévère et émettant l'avis qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle habituelle, dès lors que le patient ne pouvait ni porter des charges, ni lever les bras au-dessus de l'horizontale et souffrait encore de fortes douleurs aux mouvements des épaules ;
- un rapport du 17 octobre 2015, du Dr B_____, faisant mention d'un état stationnaire et d'une capacité de travail de 50% dans un travail de bureau ;
- un bref rapport rédigé le 28 novembre 2015 par le Dr C_____ faisant mention d'un état stationnaire, précisant qu'une reprise du travail à 50% dans une activité adaptée pourrait être envisagée à partir de février 2016 ;
- un courrier du 25 janvier 2016 du Dr F_____, indiquant qu'au niveau psychique, il serait intéressant que le patient puisse commencer à bénéficier de mesures de réorientation et requalification ;
- un rapport du Dr C_____ du 25 mai 2016 faisant mention d'un état de santé « légèrement amélioré » sans changement dans les diagnostics ; selon lui, l'état dépressif avait bien évolué sous traitement antidépresseur ; la capacité de travail restait de 0% dans l'activité habituelle mais était de 50% dans une activité adaptée depuis août 2016 ;
- un rapport du Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 30 juin 2016, confirmant la calcification de l'épaule gauche et mentionnant l'échec du traitement conservateur ; le médecin concluait à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, sans se prononcer dans l'hypothèse d'une activité adaptée ;
- un rapport du Dr F_____ du 23 juin 2016 faisant mention d'un état de santé stationnaire sans changement dans les diagnostics et préconisant une fois de plus

une réorientation ; le médecin concluait à une totale capacité de travail dans une activité adaptée telle qu'une activité administrative ;

- un avis du Service médical régional de l'OAI (SMR) du 23 janvier 2017, estimant que la réduction de la capacité de travail à 50% n'était pas motivée par les médecins et qu'il était tout à fait raisonnable de conclure à une pleine capacité dans une activité adaptée et ce, depuis juin 2016 ;
- un rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI portant sur le calcul du degré d'invalidité (pce 86 OAI).

5. Par décision du 19 octobre 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière limitée dans le temps à la période du 1er août 2015 au 31 août 2016.

L'OAI a considéré que, dans une activité adaptée à son état, l'assuré avait recouvré, dès juin 2016, une pleine capacité de travail et aurait ainsi pu réaliser un revenu de CHF 60'320.- qui, comparé à un revenu avant invalidité de CHF 71'901.-, conduisait à un degré d'invalidité de 16,11% - arrondi à 16% - insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou même à une mesure de réadaptation.

6. Par écriture du 16 novembre 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sur mesures provisionnelles, à ce qu'une rente entière, assortie des rentes complémentaires pour enfants y relatives, continue à lui être versée jusqu'à droit jugé sur le fond et à l'octroi immédiat d'une mesure de reclassement.

Sur le fond, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente entière jusqu'à l'issue des mesures de reclassement, voire au renvoi de la cause à l'OAI pour recalcul de la rente ou complément d'instruction.

Le recourant reproche à l'intimé d'avoir ignoré les conclusions des docteurs B_____, E_____, G_____ et C_____ qui, tous, ont évalué sa capacité résiduelle de travail à 50%.

Il reproche également à l'intimé de ne pas avoir mis en place les mesures de réadaptation préconisées par son psychiatre traitant.

A l'appui de son recours, l'assuré produit deux certificats d'arrêt de travail à 100% établis par son médecin traitant les 11 octobre et 8 novembre 2017 concluant à une totale incapacité de travail (sans autre précision).

7. Par arrêt incident du 14 décembre 2017 (ATAS/1144/2017) la Cour de céans a rejeté la demande de mesures provisionnelles.

Elle a constaté que l'assuré contestait avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en juin 2016 mais que, contrairement à ce qu'il alléguait, l'intimé ne s'était pas fondé sur un avis isolé : le Dr B_____ avait évalué sa capacité de travail résiduelle à 100% à deux reprises, dans ses rapports des 22 avril et 8 mai 2015. Certes, il avait ensuite évoqué une incapacité de 50% dans un rapport du 17 octobre 2015, sans toutefois justifier cette diminution, en l'absence de toute péjoration alléguée de l'état de santé de son patient, qualifié dans le même

rapport de stationnaire. Cette pleine capacité de travail dans une activité adaptée avait été confirmée par le psychiatre traitant le 23 juin 2016, après une amélioration documentée tant par lui que par le médecin traitant. Seul ce dernier avait continué, au-delà de juin 2016, à conclure à une capacité de travail réduite, sans jamais motiver cette diminution de rendement. Dès lors, les chances de succès de l'assuré sur le fond ne présentaient pas un degré de certitude suffisant pour être prises en compte en l'espèce.

8. Le 14 décembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.

L'intimé indique avoir jugé le rapport du Dr B_____ du 22 avril 2015 plus probant que celui du médecin généraliste, du 15 mai 2015, dès lors que ce dernier n'explique pas pour quelles raisons une activité adaptée ne pourrait être exercée à plein temps.

L'intimé ajoute que l'assuré, travailleur indépendant, a créé sa propre société de peinture en raison individuelle en 2009, que cette société n'a existé que durant huit ans et que l'assuré n'est âgé que de trente-six ans, de sorte qu'un changement d'activité de sa part est exigible.

La comparaison des revenus fait apparaître une perte de gain de 16%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente ou même à des mesures de reclassement professionnel.

9. Par écriture du 22 janvier 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il allègue que le rapport du Dr B_____ concluant à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée n'est pas plus argumenté ni motivé que celui, postérieur, fixant sa capacité de travail à 50%. Il en tire la conclusion que c'est le dernier rapport qui devrait prévaloir puisque c'est lui qui fait état de la situation la plus récente. Quant aux avis émis par le psychiatre, il souligne que ceux-ci ne retiennent une pleine capacité de travail qu'après mesures de réadaptation ou de reconversion.

Pour le surplus, le recourant signale souffrir de très fortes douleurs aux épaules et avoir pris rendez-vous pour un examen complet en janvier 2018.

10. Le 22 février 2018, le recourant a informé la Cour de céans que suite aux investigations menées, une nouvelle infiltration et des séances de physiothérapie lui ont été prescrites. Il a ajouté que son état devait encore être discuté avec le Dr B_____ et qu'un nouveau rapport serait établi sur sa capacité de gain.

11. Par écriture du 26 mars 2018, le recourant fait valoir que, malgré différents traitements, son état demeure stationnaire depuis la décision querellée, voire péjoré, vu une recrudescence des douleurs en janvier 2018. Ces douleurs sont toujours d'actualité, le réveillent régulièrement durant la nuit et ne sont pas sans conséquence sur sa santé psychique.

En outre, le recourant conteste la prise en compte d'un salaire hypothétique de CHF 60'320.- dans une activité adaptée. Il relève que le salaire statistique retenu

consiste en des tâches physiques ou manuelles simples. Or, seul un travail de bureau, respectivement des tâches purement administratives seraient exigibles de sa part. Dès lors, se basant sur une simulation réalisée sur le site de l'Office fédéral de la statistique, il évalue son revenu avec invalidité à CHF 42'867.20 (CHF 47'628.- pour une activité d'employé de bureau non qualifié dans la branche administrative sous déduction de la réduction supplémentaire de 10% admise par l'intimé), ce qui conduit à un degré d'invalidité de 40,4%. Il en tire la conclusion que même si une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée devait être retenue, il aurait droit à tout le moins à des mesures de réadaptation et à un quart de rente.

A l'appui de sa position, l'assuré produit :

- un rapport rédigé le 19 janvier 2018 par le docteur H_____, spécialiste en médecine interne générale à la Clinique des Grangettes, concluant à une tendinopathie bilatérale de la coiffe des rotateurs ;
- un rapport du docteur I_____, spécialiste en rhumatologie, du 29 janvier 2018, concluant à des omalgies bilatérales mécaniques, à une tendinite calcifiante et à une épaule gelée à gauche ;
- un bref rapport du Dr B_____ du 1er mars 2018 indiquant avoir revu le patient et avoir constaté des mobilités limitées en flexion, mais complètes en rotation interne et externe ; le bilan montrait une coiffe compétente ; l'examen clinique était toutefois rendu très difficile par le comportement douloureux de l'assuré avec réactions pathologiques à la moindre mobilisation des épaules ; aucune nouvelle infiltration n'était proposée vu l'inefficacité des quinze dernières ; l'éventualité d'une arthrolyse était discutée, étant précisé que ce genre d'intervention n'offrait aucune garantie et pourrait même péjorer la situation ;
- un extrait du salarium (calculateur individuel de salaires 2014 selon l'Office fédéral de la statistique).

12. Par écriture du 24 avril 2018, l'intimé a fait remarquer que les nouvelles douleurs survenues en janvier 2018, postérieures à la décision litigieuse du 19 octobre 2017 n'étaient pas décisives.

Il maintient que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible (pas de port de charges, pas de position bras au-dessus de l'horizontale). Il considère que nombre d'activités plus ou moins légères sont accessibles et que l'éventail d'activités possibles est bien plus large que les seules activités de bureau.

13. Plusieurs médecins dont le recourant demandait l'audition ont été interrogés par écrit et ont répondu. Il sera revenu, en tant que de besoin, sur leurs réponses dans la partie « en droit » du présent arrêt.

14. Ont ainsi été interrogés - après que les parties ont eu la possibilité de se déterminer sur les questions à poser - et ont répondu durant l'été 2018 : le Dr G_____, le Dr B_____, et le Dr I_____, spécialiste en rhumatologie et ultrasonographie,

15. Le 26 septembre 2018, l'intimé a fait parvenir à la Cour de céans un avis émis le 19 septembre 2018 par son SMR. En substance, celui-ci y exprime l'opinion que s'il y a eu éventuelle aggravation de l'état de santé, c'est postérieurement à la décision litigieuse mais qu'il est quoi qu'il en soit difficile de se déterminer à cet égard, vu la difficulté de procéder à un examen clinique fiable et complet. Pour le surplus, il maintient ses conclusions précédentes.
16. Des audiences d'enquêtes se sont en outre tenues en date du 27 septembre 2018.
17. Entendu à cette occasion, le Dr F_____, psychiatre traitant de 2015 à 2016, a indiqué avoir reçu l'assuré en consultation d'abord à raison d'une fois par semaine puis, d'une fois tous les quinze jours puis, d'une fois par mois, au fil de l'amélioration de son état.

A la fin de son suivi, il était clair que si l'assuré avait repris son activité de peintre, la réactivation des douleurs et le constat qu'il était incapable de l'assumer aurait conduit à une rechute. En revanche, ses capacités cognitives étant tout à fait bonnes et préservées, il était exigible de sa part qu'il suive une formation afin qu'il puisse assumer une fonction administrative dans le bâtiment (dessin de plans, par exemple, ou tâches administratives telles qu'établissement de devis ou comptabilité).

Pour autant que l'activité proposée respecte les limitations fonctionnelles physiques, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle psychique et la capacité de travail était préservée totalement.

Sur question, le médecin a expliqué que le Targin est un médicament antidouleur qui peut avoir des conséquences en termes de perte de vivacité d'esprit ou de capacité de concentration, selon la dose prescrite et le patient. Chez certains, il a un impact majeur alors que chez d'autres, aucun. Le témoin a indiqué ne pouvoir se prononcer dans le cas précis du recourant.

Il a par ailleurs émis l'avis que, sans formation, son patient serait incapable de travailler, à moins qu'on ne puisse lui proposer une activité lucrative qui soit envisageable malgré les limitations importantes rencontrées au niveau des membres supérieurs, qui puisse être exercée sans la moindre formation, dont il s'est interrogé sur ce en quoi elle pourrait consister.

18. Le recourant, entendu en comparution personnelle, a indiqué s'imaginer travailler dans la surveillance de chantiers, le design, quoi que ce soit qui ne soit pas physique.

Ce à quoi l'intimé a répondu que des activités dans l'accueil ou la surveillance étaient exigibles, qui ne requièrent pas de formation particulière.

19. Après avoir sollicité une prolongation de délai, le recourant, par écriture du 15 novembre 2018, a rendu ses conclusions après enquêtes.

Il relève que le médecin du SMR qui s'est prononcé n'est que titulaire d'un titre de médecine générale interne et en tire la conclusion que son opinion doit être relativisée.

Le recourant considère qu'au vu des réponses apportées par les médecins, il est insoutenable d'affirmer que sa capacité de travail aurait subi une soudaine et durable amélioration fin août 2016, pour ne se péjorer à nouveau qu'en 2018, postérieurement à la décision entreprise.

Il se réfère à différentes offres d'emploi dans les domaines de la surveillance ou de l'accueil évoqués par l'intimé et en tire la conclusion que ces emplois requièrent de bonnes connaissances en informatique et la maîtrise de l'anglais, une formation dans les domaines de la restauration et de l'hôtellerie, la maîtrise du français, de l'allemand ou de l'anglais, une résistance au stress et que sans formation complémentaire linguistique et informatique ni amélioration de son état dépressif, elles restent inexigibles de sa part.

A l'appui de sa position, le recourant produit :

- un bref rapport du docteur J _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui le suit depuis septembre 2018 et conclut à un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique réactionnel à des douleurs physiques et à une capacité de travail d'un point de vue psychique réduite à 50% en raison d'un trouble dépressif moyen et de limitations fonctionnelles modérées mais significatives (ralentissement psychomoteur modéré, isolement social partiel, troubles de la concentration modérés, aboulie partielle, aggravés par les traitements antidouleurs ayant un effet soporifique) ;
- différentes offres d'emploi.

20. Par écriture du 11 décembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions et relevé que la dernière pièce médicale produite émanait d'un médecin qui ne suit le recourant que depuis septembre 2018, soit postérieurement à la décision litigieuse de novembre 2017.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence de la Cour de céans et de la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées le 14 décembre 2017, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2016.
5. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

6. a. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références).
- b. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important

(ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

7. 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

8. En l'espèce, l'intimé a considéré, sur la base des différents rapports médicaux versés au dossier, que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter de juin 2016.

Le recourant lui reproche d'avoir ignoré les conclusions des docteurs B_____, E_____, G_____ et C_____ dont il allègue que, tous n'ont évalué sa capacité résiduelle de travail qu'à 50%.

Pourtant, le Dr B_____ a bel et bien conclu à une pleine capacité de travail dans ses rapports des 22 avril et 8 mai 2015 déjà. Il a expliqué qu'en octobre 2015, la situation s'était péjorée (élévation antérieure limitée à 90°), précisant qu'alors, les tâches exigibles étaient celles qui n'engendraient pas d'élévation du bras et permettaient à l'assuré de travailler coudes au corps. En effet, tout mouvement répétitif des bras, tout port de charges lourdes ou activités bras au-dessus du niveau

de la tête étaient impossibles. Néanmoins, le médecin a estimé que la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée, initialement de 50%, pourrait être réévaluée dans le temps afin « de tenter d'obtenir une pleine capacité ».

Certes, le Dr C_____, en mai 2016, a estimé la capacité de son patient à exercer une activité adaptée à 50% seulement, mais sans véritablement motiver sa position.

Le Dr G_____, interrogé par la Cour de céans, a en revanche convenu qu'une activité adaptée aurait été exigible, qui aurait consisté en une profession s'exerçant en position assise ou debout avec une dilatation minimale des épaules (soit une manutention de petites pièces). Il ne s'est cependant pas clairement déterminé sur le taux d'occupation exigible dans de telles circonstances.

Quant au Dr I_____, il a indiqué n'avoir reçu l'assuré qu'en janvier 2018, soit postérieurement à la décision litigieuse. Il a émis l'avis qu'alors, seule une activité adaptée - c'est-à-dire sans port de charge et envisageable avec une limitation des mouvements de l'épaule - pouvait être envisagée, sous réserve des douleurs (responsable d'accueil, téléphoniste, gardien de musée, par exemple), et sans se prononcer sur le taux d'occupation exigible dans de telles conditions.

La Cour de céans constate à l'étude du dossier de pièces médicales, qu'en l'état, il n'existe aucun rapport se prononçant clairement et de manière convaincante sur la capacité de travail de l'assuré à compter de juin 2016. Les documents apparaissent peu motivés, contradictoires et peu convaincants. Il en va de même de la prise de position du SMR de janvier 2017, qui, tout en relevant que la réduction de la capacité de travail de 50% par les médecins n'était pas motivée, n'a pas motivé plus avant sa propre position, concluant à une pleine capacité dans une activité adaptée. En particulier, aucune expertise approfondie n'a été mise sur pied, qui aurait permis de répondre de manière un tant soit peu objectivée à cette question fondamentale.

Dès lors, la Cour estime ne pas être en possession de tous les éléments utiles à une prise de décision motivée. Le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de mettre sur pied une expertise en bonne et due forme permettant de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2016 et les conséquences en termes de capacité de travail dans une activité adaptée.

9. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA).
10. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

Au fond :

1. Admet partiellement le recours.
2. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire concernant la période postérieure à juin 2016 et nouvelle décision.
3. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de : CHF 200.- à charge de l'intimé.
5. 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) aux conditions de l'art. 93 al. 1 LTF; 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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