

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4338/2017

ATAS/409/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BERNEX, représenté par
CARITAS Genève

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est entré en Suisse le 24 février 2003. Il est veuf depuis le _____ 2014 et père de deux enfants nés en 1987 et 2015.
2. Il a exercé la profession de plâtrier à 100 % auprès de l'entreprise B_____ dès le 20 janvier 2003 et est assuré à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA) contre le risque accidents et auprès de la Caisse maladie CMBB-SKBH-Groupe-Mutuel (ci-après : CMBB) par le biais d'un contrat collectif perte de gain conclu par son employeur.
3. Le 5 août 2005, l'assuré a heurté son talon droit contre l'angle d'un trottoir après avoir trébuché en descendant d'un bus.

Dès cette date, il a été en incapacité totale de travailler, attestée par son médecin traitant, le Dr C_____, FMH, chirurgie orthopédique.
4. Le 6 août 2005, la clinique de Carouge a attesté avoir vu l'assuré en urgence ce jour-là et conseillé un retour à domicile avec proposition de contacter le Dr C_____.
5. Le 8 août 2005, l'employeur a déclaré l'accident à la SUVA.
6. Le 12 septembre 2005, la clinique de Carouge a attesté des premiers soins donnés le 6 août 2005 à la suite d'une entorse de la cheville droite et de douleurs à la palpation.
7. Le 25 octobre 2005, le Dr D_____, de la clinique de Carouge, a rendu un rapport médical intermédiaire dans lequel il diagnostique une entorse de la cheville droite. Le patient avait uniquement consulté le 6 août 2005.
8. Le 25 octobre 2005, le Dr C_____, a rendu un rapport médical intermédiaire à la SUVA dans lequel il diagnostique une contusion du talon droit, avec tendinite et névralgie d'évolution favorable avec le traitement de physiothérapie.
9. Le 29 novembre 2005, le Dr E_____, FMH chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré et conclu, dans un rapport du 20 décembre 2005, qu'une évaluation à la consultation orthopédique des HUG serait nécessaire après un bilan radiographique.
10. Le 7 mars 2006, l'assuré a informé la SUVA, dans le cadre d'un entretien, qu'il n'y avait pas de grande amélioration.
11. Le 3 avril 2006, le Dr F_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin-adjoint au département de chirurgie des HUG, a relevé que l'assuré présentait une talonnade, qu'il était très difficile de comprendre pourquoi la question algique était si importante et qu'il avait pratiqué une infiltration de cortisone.
12. Le 5 avril 2006, l'assuré a confié à la SUVA qu'il n'avait jamais eu de problème au pied droit avant son accident.

13. Le 2 mai 2006, le Dr F_____ a relevé que l'infiltration pratiquée avait engendré un bénéfice mitigé.

14. Le 4 juillet 2006, l'assuré a été examiné par le Dr G_____, médecin d'arrondissement de la SUVA.

Dans son rapport du 5 juillet 2006, ce médecin constate l'échec de toutes les mesures thérapeutiques et propose un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR). L'assuré se plaignait de douleurs au talon exacerbées par les moindres pressions et de sensation de brûlure continue.

15. Du 11 juillet au 4 août 2006, l'assuré a séjourné à la CRR à Sion.

Le rapport du 21 août 2006 mentionne les diagnostics primaires de « thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)" et secondaires de "talalgie droite non spécifique (M 79.6)" et comme co-morbidité un "trouble de l'adaptation avec anxiété (F 43.2), un diabète non insulino-dépendant (E 11.9), une hypertension artérielle (I 10), une hypocholestérolémie (E 78.10) et une obésité (E 66.9) ».

L'assuré se plaignait de talalgie droite interne au repos après une marche prolongée et parfois la nuit avec des paresthésies et sensation de décharges électriques dans le talon. Il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une origine neurogène, ni de syndrome inflammatoire. Tous les examens effectués ne montraient rien de particulier (Rayon X, scintigraphie à deux reprises, IRM à deux reprises, examen neurologique et bilan inflammatoire). Ce type de talalgie pouvait évoluer sur une année ou deux, en principe favorablement. A un an du traumatisme, une reprise de l'activité professionnelle, au moins à temps partiel ou à but thérapeutique, pouvait être envisagée. L'incapacité de travail était de 100 % du 5 août au 23 août 2006.

Le consilium psychiatrique du 17 juillet 2006 relève que l'assuré n'a pas de plaintes d'ordre psychiatrique, tout en reconnaissant les soucis face à la très lente évolution de son problème orthopédique. L'anxiété était évidente liée à une situation existentielle difficile. Le diagnostic posé était celui de trouble de l'adaptation avec anxiété (F 43.2).

16. Le 11 octobre 2006, il a été convenu entre la SUVA, l'assuré et l'employeur d'une reprise de travail « thérapeutique », d'abord à 50 %.

17. Le 22 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une atteinte au talon droit.

18. Lors d'un entretien avec la SUVA du 22 novembre 2006, l'assuré a déclaré que les douleurs au pied droit étaient toujours permanentes et qu'il n'y avait plus de traitement médical en cours. La reprise de travail du 25 octobre 2006 avait été un échec.

19. Le 9 décembre 2006, la Dre H_____, médecin interne aux HUG, a diagnostiqué, dans un rapport médical AI, une talonnade: talalgie suite à un traumatisme mineur au pied. Elle suivait le patient depuis le 29 mars 2006 et aucune thérapie n'était

proposée. L'activité antérieure était exigible en diminuant les déplacements et la station debout prolongée.

20. Le 11 décembre 2006, l'employeur a mentionné que le salaire horaire de l'assuré depuis le 1^{er} janvier 2006 était de CHF 28,25.
21. Le 9 janvier 2007, le Dr E_____ a examiné l'assuré et conclu le 10 janvier 2007 que de nombreuses thérapies conservatrices avaient été testées, sans amélioration selon le patient, mais qu'une nette amélioration était survenue par rapport à la marche en décharge constatée en novembre 2005. Il a avoué sa perplexité devant la situation clinique et n'avait pas d'autre solution que celle proposée par les spécialistes ayant traité le patient. Il a relevé que celui-ci se plaignait de douleurs persistantes, comme des brûlures, avec de temps à autre des coups d'aiguille.
22. Le 12 janvier 2007, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une talalgie droite avec un pronostic très réservé. Il suivait le patient depuis le 15 août 2005.

Une scintigraphie osseuse confirmait un foyer hyperceps du calcaneum droit. L'activité antérieure n'était pas exigible, ni aucune autre activité en raison de la talalgie résistante à tout traitement.

23. Le 23 janvier 2007, le Dr I_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA, a rendu un avis médical.

Il relève que le patient ne s'est pas blessé lorsqu'il s'est cogné le talon : il n'a subi aucune lésion d'aucune sorte, qu'elle soit osseuse, tendineuse, ligamentaire, nerveuse ou vasculaire. Il s'agissait donc tout au plus d'une contusion des parties molles du talon. Certes, les parties molles peuvent rester douloureuses plusieurs jours à plusieurs semaines, jusqu'à ce que les tissus se réorganisent et se renforcent. Cependant, d'un point de vue médical, le fait que le patient n'ait pas repris le travail après un an d'arrêt n'est absolument pas explicable. Pendant le traitement stationnaire à la CRR de Sion, un an après l'accident, les examens pratiqués ont fourni des résultats normaux, en particulier une symétrie de la masse musculaire et des callosités de la plante des pieds, ce qui contredit clairement l'hypothèse d'une guérison unilatérale. Les troubles de la marche manifestés par le patient lors de ces examens ne résultent pas d'une pathologie : ils sont purement démonstratifs.

Plus d'un an après une contusion au talon sans lésion organique établie et sans diagnostic médical clair, des « talalgies » n'étant pas un diagnostic, tout au plus une indication subjective de douleurs), il convient de clore le traitement et le cas de sinistre, de considérer le patient comme étant en pleine capacité de travail et de prendre des décisions allant dans ce sens.

De plus, il serait certainement indiqué pour le patient de perdre du poids, ce qui contribuerait à atténuer d'éventuelles douleurs au talon.

24. Le 13 février 2007, l'employeur a informé l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) que l'assuré n'avait pas été licencié.

25. Le 21 février 2007, l'employeur a indiqué à la SUVA que le salaire horaire était de CHF 27,90 en 2005, de CHF 28,25 en 2006 et de CHF 28,80 en 2007.
26. Par décision du 23 février 2007, la SUVA a cessé le versement de l'indemnité journalière au 18 mars 2007 considérant que l'accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles présentés encore actuellement.
27. Dès le 18 mars 2007, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières de la CMBB, assureur-maladie perte de gain.
28. Le 3 mai 2007, le Dr J_____, spécialiste en médecine interne au service médical régional AI (SMR), a rendu un rapport d'examen selon lequel l'incapacité de travail était de 100 % du 5 août 2005 au 17 mars 2007 et de 0 % dès le 18 mars 2007 selon le rapport du Dr I_____.
29. Par projet d'acceptation de rente du 4 mai 2007, l'OAI a estimé que l'assuré avait droit à une rente à 100 % du 5 août 2006 au 30 juin 2007. Le cas étant purement un cas accident, l'OAI se ralliait aux conclusions médicales de la SUVA.
30. Le 21 mai 2007, l'assuré a été entendu à l'OAI et a déclaré qu'il souhaitait trouver une solution à son problème de santé, ayant toujours de fortes douleurs, et qu'il allait solliciter l'avis du Dr C_____.
31. Le 29 mai 2007, le Dr C_____ a attesté d'une évolution défavorable avec persistance des douleurs au talon droit. Aucune activité n'était exigible. Il a attesté, le 19 juin 2007, d'une incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2007.
32. Le 30 mai 2007, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il avait des douleurs aiguës en permanence. L'appui sur le talon était douloureux, les changements de temps et les temps de pluie augmentaient aussi les douleurs.
33. Le 3 juin 2007, le Dr K_____, FMH médecine interne-rhumatologie, médecin-conseil de la CMBB assureur perte de gain de l'employeur, a rendu un rapport médical à la suite de l'examen du patient le 1^{er} juin 2007. Il relève que « l'examen de son talon montre la présence d'une importante callosité plantaire (qui est également présente à gauche), la palpation de tout le talon est très douloureuse. Je remarque une petite enflure sur la partie interne du talon droit. La musculature est conservée et il ne semble pas boiter lorsqu'il marche. (...) Dans ce cas, il faudrait se poser la question d'une atteinte non liée à un accident mais à une maladie. Il faut rappeler que Monsieur A_____ souffre d'un diabète qui a débuté une année avant l'accident. Je me demande s'il ne souffre pas d'atteinte de la sensibilité dans le cadre d'une polyneuropathie. Ce qui pourrait expliquer le type de douleurs sans mise en évidence sur les examens radiologiques d'une quelconque pathologie. Je demande que son médecin traitant le Dr C_____ l'adresse chez un neurologue pour confirmer ou exclure cette hypothèse. Il serait également utile de le montrer à un dermatologue pour faire un diagnostic au sujet de cette importante hyper callosité plantaire (mycose, infection...). Je rappelle que, bizarrement, il est soulagé par la

prise d'antibiotiques. Dans l'attente des résultats, l'arrêt de travail à 100 % est justifié. »

34. Le 2 août 2007, l'assuré a écrit à la Dre H_____ en contestant son rapport médical du 9 décembre 2006 et en précisant qu'à son souvenir elle ne l'avait jamais ausculté.
35. Le 2 août 2007, il a également écrit au Dr I_____ qu'il avait été blessé de lire qu'il simulerait sa douleur et qu'il se sentait abandonné par la SUVA.
36. Par décision du 7 août 2007, l'OAI a alloué à l'assuré une rente AI à 100 % du 1^{er} août 2006 au 30 juin 2007.
37. Le 24 août 2007, l'assuré s'est opposé à cette décision en relevant que le SMR ne l'avait pas examiné alors que le Dr K_____, médecin-conseil de la CMBB avait constaté son incapacité. Il était actuellement suivi par la Dre L_____, avec un nouveau traitement. Il ne pouvait plus faire plâtrier mais était disposé à se réinsérer dans une autre profession.
38. Le 31 août 2007, l'assuré a recouru (cause A/3328/2007) à l'encontre de la décision de l'OAI du 7 août 2007 auprès du Tribunal des assurances sociales (actuellement : chambre des assurances sociales de la Cour de justice) en concluant à la réouverture de son dossier et à la mise sur pied d'une expertise médicale ainsi qu'à la saisie du service de réadaptation de l'AI.
39. Le 4 septembre 2007, le Dr F_____ a écrit à l'assuré que la Dre H_____ l'avait vu en consultation le 26 avril 2006 en sa compagnie et qu'il avait lui-même effectué les infiltrations de l'arrière-pied.
40. Le 2 octobre 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant qu'aucun examen n'avait pu objectiver les douleurs.
41. Le 12 octobre 2007, la CMBB a transmis à la demande du Tribunal des assurances sociales, son dossier.
42. En date du 25 octobre 2007, l'assuré a été soumis à une nouvelle expertise conduite par le Dr M_____, rhumatologue, à la demande de la CMBB. Dans son rapport du 6 novembre 2007, l'expert a relevé que l'assuré se plaignait de talalgies inférieures droites survenues après une contusion du talon en descendant du bus, sans lésion traumatique objectivable. Actuellement, l'évolution semblait enfin s'orienter favorablement avec le traitement de physiothérapie en cours. Dans ces conditions, et au vu de la durée extraordinairement longue de l'arrêt de travail pour un problème dont l'origine organique n'était pas établie, il convenait d'envisager une reprise de travail dans sa profession initialement à 50 % puis à 100 % dans un délai estimé à un mois, délai nécessaire à la suite et à la fin du traitement de physiothérapie. Dans une activité adaptée, le patient semblait en mesure de travailler à plein temps.

43. Le 13 décembre 2007, l'OAI a informé le Tribunal des assurances sociales que l'assuré avait repris une activité professionnelle à 50 % depuis le 15 novembre 2007.
44. Le 21 décembre 2007, la Dre L_____ a répondu à un certain nombre de questions posées par le Tribunal des assurances sociales.

Elle suivait le patient depuis le 3 août 2007 et l'avait vu aussi les 12 novembre et 13 décembre 2007. Le diagnostic était celui de talalgie à droite sur contusions du calcanéum due au choc contre son talon droit lorsqu'il avait heurté le trottoir le 5 août 2005. Il était en incapacité de travail du 3 août au 12 novembre 2007 et à 50 % dès le 13 novembre 2007. L'incapacité de travail n'était en principe pas durable. Elle indiquait :

« Sur le plan orthopédique pur, le pronostic est bon. Toutefois, il faut considérer que ce patient traîne des douleurs de son talon depuis plus de 2 ans, qui selon lui n'ont pas été traitées correctement

Il a eu un traitement de physiothérapie et ostéopathie depuis le mois d'août 2007 avec un net résultat positif sur la symptomatologie douloureuse. Cette évolution a permis de remettre le patient au travail à 50 % depuis le 13.11.2007 avec absence de ports de charges, possibilité de s'asseoir régulièrement, pas de marche en terrain irrégulier ni sur une échelle.

Le patient a effectivement repris le travail, mais dit devoir s'asseoir plusieurs fois en 2 heures, décrit la douleur comme insupportable en fin de journée avec un pied et un talon enflés et chauds.

L'examen clinique est quasi normal quant à la mobilité de son arrière pied.

Lors de la dernière consultation du 13.12.2007, j'ai noté une rougeur localisée au bord interne du talon et dès que j'ai voulu approcher ma main, le patient a retiré son pied. Lorsqu'on détourne son attention, la palpation est possible.

Comme je l'ai dit précédemment, sur le plan orthopédique, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas remettre ce patient au travail à 100 % dans les semaines à venir.

Sur le plan de la mémoire de la douleur, je ne saurais me prononcer. »

S'agissant du rapport du Dr I_____ du 23 janvier 2007, elle relevait :

« Je suis d'accord que le diagnostic de talalgie signifie douleur du talon. Toutefois, la talalgie peut être due à une contusion, à une irritation d'une structure plantaire.

Dans le cas qui nous préoccupe, il s'agit d'une contusion.

Je suis d'accord également avec l'aspect démonstratif du patient quant à ses douleurs puisque l'examen clinique est quasi normal au 13.12.2007.

Par contre, le patient fait un lien de cause à effet entre le non diagnostic et selon lui la mauvaise prise en charge de ses symptômes justifiant ainsi la durée de ses douleurs. Il apparaît que la prise en charge en physiothérapie et ostéopathie, différente de celle effectuée jusqu'au mois d'août 2007, a eu un effet bénéfique sur sa symptomatologie. »

45. Le 10 janvier 2008, le recourant a précisé qu'il avait repris son activité de plâtrier depuis le 15 novembre 2007 à 50 % dans un poste aménagé et le 16 janvier 2008, il a mentionné qu'il devait compenser la douleur au talon droit par sa jambe gauche, laquelle devenait douloureuse. Il demandait que ses douleurs soient constatées le plus rapidement possible.
46. Le 6 février 2008, la CMBB a informé le recourant qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière car, selon son médecin-conseil, il ne subsistait aucune atteinte à la santé médicalement décelable à même de provoquer une perte de son aptitude à travailler dans sa profession.
47. Le 8 avril 2008, le Dr C_____ a précisé, à la demande du Tribunal des assurances sociales, qu'il avait vu le patient la première fois le 15 août 2005 et qu'il n'était plus en traitement chez lui. Il avait prescrit un arrêt de travail total en raison de talalgie persistante chez un maçon. Il était d'accord avec l'appréciation médicale de la Dre L_____ selon laquelle l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle à 100 %. Enfin, d'autres investigations telles que préconisées par le Dr K_____ seraient utiles, toutes les pistes devaient être exploitées et une compression canalaire n'était pas exclue.
48. Le 28 avril 2008, le Tribunal des assurances sociales a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré :

« Actuellement je travaille toujours à 50 % comme plâtrier soit depuis novembre 2007. Je n'ai pas pu augmenter mon taux de travail à cause des conséquences de l'accident. Je souffre toujours du talon, j'ai comme une plaie sous le talon qui m'occasionne des brûlures. J'effectue un 50 % réparti sur toute la journée car je dois régulièrement m'asseoir. J'ai été consulter la Dre L_____ qui m'a envoyé chez un physiothérapeute M. N_____ qui m'a dit que mon talon était bloqué. J'ai encore rendez-vous le 30 avril chez le Dr O_____ Peter afin d'examiner l'état des nerfs des pieds et également le 13 mai chez le Dr P_____ qui est dermatologue. Lorsque je travaille trois heures consécutivement j'ai d'importantes douleurs. J'estime ne pas pouvoir travailler plus que ce que je fais actuellement. M. N_____ m'a prescrit des plantes lesquelles n'ont toutefois eu aucun effet. La physiothérapie aide parfois principalement lorsqu'elle est effectuée avant le week-end lorsque je ne travaille pas. Je suis actuellement suivi par la Dre L_____, laquelle m'a adressé aux Drs O_____ et P_____. J'ai repris le travail en novembre sous les conseils de la Dre L_____ qui souhaitait que je teste ma capacité de travail. Actuellement mon

employeur est la société B____. Je suis engagé sous contrat indéterminé. Actuellement mon employeur a écrit à la Dre L____ et à la Mutuelle Assurances pour les informer du fait que je n'étais plus rentable à 50 % car je dois m'asseoir trop souvent. J'ai demandé à mon employeur de me trouver un autre emploi mais il n'y a actuellement rien de disponible. Je souhaite travailler dans une activité qui ne soit pas debout et qui n'exige pas d'appui sur le talon. J'ai également commencé des cours de français. Je comprends seulement un peu le français. Je reçois encore des indemnités de la Mutuelle Assurances. Je précise que je travaille à 100 % mais que je suis payé à 50 % vu mon rendement ».

La représentante de l'intimé a déclaré :

« Nous refusons toute mesure d'ordre professionnel car le recourant est apte à reprendre son travail à 100 %. Cela est également l'avis de la Dre L____. Je verse au dossier une note de travail d'une coordinatrice du service de placement du 6 février 2008 ».

49. Le 29 avril 2008, le recourant a versé au dossier un courrier de l'entreprise B____ du 22 février 2008 l'informant que sa rentabilité comme plâtrier n'atteignait pas le 10 % des 50 % de son activité de sorte qu'il devait envisager une réadaptation professionnelle.
50. Le 13 mai 2008, le recourant a précisé que la Dre L____ lui avait demandé le 31 janvier 2008 de faire des examens complémentaires de sorte qu'elle ne pouvait, avant le résultat de ceux-ci, estimer sa capacité de travail à 100 %.
51. Le 15 mai 2008, le Dr Q____, FMH médecine générale urgence et chirurgie, de la permanence de Cornavin, a attesté que le recourant était suivi depuis le 8 mai 2008 et qu'il présentait une talalgie à droite. Un examen radiographique montrait un éperon calcanéen en lien avec le tableau médical. Il avait reçu une infiltration de corticoïde avec un résultat mitigé. Il a transmis une radiographie du 8 mai 2002 concluant à la présence d'un éperon plantaire calcanéen de 1 cm de largeur.
52. Le 15 mai 2008, l'assuré a indiqué que la Dre L____ considérait qu'il était apte à travailler à 100 % mais admettait, en même temps, que ses douleurs étaient réelles et que des examens complémentaires étaient nécessaires.
53. Le 26 mai 2008, le recourant a écrit qu'il s'était rendu à la permanence de Cornavin en raison de douleurs insupportables au talon et qu'il y avait une possibilité qu'on lui ait trouvé une solution à son problème.
54. Le 2 juin 2008, le Dr O____, FMH neurologie, a répondu à une demande de renseignements du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il avait reçu le recourant le 30 avril 2008 et n'avait pas mis en évidence d'anomalie à l'examen neurologique mais une palpation de la voûte plantaire et du calcanéum était très nettement douloureuse à droite. L'électroneuromyographie n'avait pas permis de corroborer l'existence d'une souffrance neurologique surajoutée. Il n'y avait pas

d'élément pour corroborer l'hypothèse du Dr C_____ du 8 avril 2008. L'incapacité de travail dépendait uniquement des constatations orthopédiques.

55. Le 5 juin 2008, le Dr R_____, FMH dermatologie et vénéréologie, a constaté des hyperhématoses localisées du talon droit sans maladie dermatologique spécifique.
56. Le 16 juin 2008, le recourant s'est plaint de ne plus avoir d'assistance de la part de la Dre L_____ qui ne rédigeait plus de certificats médicaux d'incapacité de travail. Il lui avait transmis le 13 juin 2008 les radiographies effectuées à la permanence de Cornavin et la Dre L_____ lui avait dit qu'elle ne voyait rien en particulier.
57. Le 15 juillet 2008, le Dr Q_____ a indiqué à la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales qu'il suivait le recourant depuis le 8 mai 2008, lequel présentait un frasciata plantaire et éperon calcanéen, que les plaintes du recourant étaient en lien avec ses constatations objectives, que le pronostic était mitigé et que l'incapacité de travail était totale dans la profession de plâtrier et nulle dans toute activité assise.
58. Le 25 août 2008, le recourant a écrit au Tribunal des assurances sociales qu'il pensait être licencié car il n'était pas rentable et a sollicité le versement des indemnités journalières de la part de la CMBB.
59. Le 25 août 2008, le recourant a déposé une demande en paiement à l'encontre de la CMBB et une procédure a été enregistrée sous le numéro A/3075/2008. Il a également transmis un courrier de l'entrepreneur B_____ du 21 août 2008 lui signifiant son congé pour le 31 octobre 2008.
60. Par arrêt du 8 septembre 2008 (ATAS/984/2008), le Tribunal des assurances sociales a partiellement admis le recours en considérant que les avis médicaux au dossier démontraient une incapacité de travail totale du 5 août 2005 au 12 novembre 2007, de 50 % du 13 novembre 2007 au 20 janvier 2008 et nulle dès le 21 janvier 2008.
61. Par arrêt du 9 février 2009, le Tribunal des assurances sociales a rejeté la demande interjetée à l'encontre de la CMBB (ATAS/136/2009) en se référant à son arrêt du 8 septembre 2008.
62. Par arrêt du 26 octobre 2009 (9 C 912/2008), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt du Tribunal des assurances sociales du 8 septembre 2008 et a annulé celui-ci, la cause étant renvoyée à l'OAI pour examiner la capacité de travail de l'assuré, au besoin par le biais d'une instruction médicale, dans l'activité de plâtrier et dans une activité adaptée ; contrairement à l'avis du Tribunal des assurances sociales, les pièces médicales au dossier ne permettaient pas d'établir la capacité de travail de l'assuré depuis le 13 novembre 2007.
63. Le 19 février 2010, le Dr Q_____ a rempli un rapport médical AI attestant de talalgie post-traumatique, frasciata et éperon calcanéen, d'un suivi depuis le 8 août 2008, d'un pronostic mitigé et d'une difficulté à effectuer des activités en position debout ; l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

64. À la demande de l'OAI, le Dr S____, FMH orthopédie et chirurgie, a rendu une expertise médicale le 3 novembre 2010.

L'assuré se plaignait de douleurs permanentes sous le talon, de sensibilité aux changements de temps, d'enflures en station debout ; il a posé un diagnostic de status après contusion du talon droit le 5 août 2005, « talonnade » (talalgie plantaire suite à un choc).

Il n'avait pas pu objectiver les plaintes. Le traitement de la talonnade comportait un repos d'environ trois semaines, le port de chaussures avec talonnettes en mousse et la prise d'anti-inflammatoires, de sorte qu'on voyait la discrédance entre, d'une part, les plaintes et, d'autre part, les examens effectués pendant cinq ans et l'opinion relevée dans la littérature.

Dès novembre 2007, l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée (pas de marche prolongée, de port de charges de plus de 5-10 kg, de montées et descentes d'escaliers) ; l'aspect psychiatrique pourrait être investigué pour éliminer une amplification des symptômes, voire une tentative de simulation, avec l'accord total des médecins-traitants. Des mesures professionnelles étaient envisageables ; des chaussures et supports plantaires mieux amortissants pourraient être prescrits.

65. Le 28 janvier 2011, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a refusé un emploi temporaire cantonal à l'assuré au motif qu'il ne maîtrisait pas les rudiments de la langue française, de sorte qu'il était inapte au placement.
66. Le 7 février 2011, la Dre T____, du SMR, a estimé que l'assuré était en incapacité de travail d'août 2005 à octobre 2007 et apte à reprendre son activité de plâtrier ou une autre activité adaptée dès novembre 2007.
67. Par décision du 10 mai 2011, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2006 au 31 janvier 2008, au motif qu'il avait présenté une incapacité de travail totale du 1^{er} août 2005 au 30 novembre 2007.
68. L'assuré a travaillé du 12 août 2013 au 31 décembre 2015 comme plâtrier B par U____ ; il a été licencié en raison de la fermeture de l'entreprise.
69. L'assuré a travaillé pour Genève V____ SA (ci-après : Genève V____) et était sous contrat de mission avec W____ SA, comme plâtrier, depuis le 18 août 2016 pour une durée maximum de trois mois.
70. Un rapport des urgences de la Clinique de Carouge du 25 novembre 2016 a relaté un assuré se présentant pour une douleur à l'épaule droite suite à un faux mouvement, en portant une charge lourde et une tendinopathie aiguë de l'épaule droite.
71. Le 29 novembre 2016, Genève V____ a déclaré à la SUVA un accident dont avait été victime l'assuré le 25 novembre 2016, décrit comme suit : l'assuré a fait un faux mouvement au travail avec charge lourde et s'est blessé à l'épaule « gauche » ;

72. L'assuré a été en incapacité totale de travail dès le 25 novembre 2016, attestée par la Clinique de Carouge, puis par la Dre X_____, FMH médecine générale, jusqu'au 13 décembre 2016.

La SUVA a pris le cas en charge.

73. Une échographie de l'épaule droite du 6 décembre 2016 a conclu à : « échographie de la coiffe difficile retrouvant une très probable rupture transfixiante du supra-épineux et une rupture au moins partielle du subscapulaire avec un tendon du long biceps qui est visualisé. On préconise un complément par IRM ».

74. L'IRM du 9 décembre 2016 a conclu à : « rupture complète du tendon supra-épineux avec minime rétraction de stade I du tendon et rupture complète d'allure ancienne du tendon subscapulaire avec mise à nu complète du tronchin. Difficulté d'identification du moignon et infiltration graisseuse de stade IV selon Goutalier du muscle subscapulaire. Status après rupture également du tendon long chef du biceps. Déchirure en anse de seau (SLAP III) du labrum supérieur ».

75. Le 15 décembre 2016, la Clinique de Carouge a attesté d'un faux mouvement de l'assuré au travail avec charge lourde et d'une tendinopathie de l'épaule droite.

76. Le 10 janvier 2017, la Dre X_____ a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 28 février 2017.

77. Le 17 janvier 2017, le département de chirurgie des HUG a rendu un rapport suite à une consultation de l'assuré du 9 janvier 2017.

L'assuré se plaignait de douleurs à l'épaule droite : l'IRM montrait malheureusement une rupture complète du sous-scapulaire rétractée au-delà de la glène avec involution graisseuse complète d'allure certainement ancienne. Présence également d'une rupture du sus-épineux non-rétractée, lésions dégénératives labrales avec absence de long chef du biceps de la gouttière.

Il s'agissait probablement d'une lésion récente du sus-épineux sur tendinopathie chronique de la coiffe et rupture ancienne du subscapulaire pour laquelle une indication chirurgicale dans ce contexte n'était pas retenue. Au vu de la fonction résiduelle de son épaule, si une infiltration radio-guidée parvenait à diminuer les douleurs, cela serait la meilleure option. Réparer le sus-épineux de manière isolée aurait probablement un effet antalgique mais pas fonctionnel. Le seul traitement chirurgical possible serait un transfert du grand pectoral ou une prothèse inversée, mais qui ne restitueront probablement pas sa force et sa capacité de travail.

78. Le 19 janvier 2017, la Dre X_____ a renvoyé un rapport médical à la SUVA attestant d'une rupture complète du tendon supra-épineux, d'une rupture complète du tendon subscapulaire, d'une rupture du tendon du long chef du biceps et d'une déchirure en anse de seau (SLAP III) du Labrum sup. Une intervention chirurgicale était probable ; l'assuré avait rendez-vous le 10 avril 2017 aux HUG.

79. Une infiltration de l'épaule a été effectuée le 26 janvier 2017.

80. Le 27 janvier 2017, le Dr Y_____, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin de la SUVA a indiqué que l'incapacité de travail était justifiée de façon probable.
81. Le 21 février 2017, la Dre X_____ a prolongé l'arrêt de travail au 31 mars 2017, puis au 30 avril 2017, puis au 31 mai 2017 puis au 30 juin 2017.
82. Le 27 mars 2017, la SUVA a requis du Dr Z_____, FMH chirurgie orthopédique qu'il prenne en charge l'assuré.
83. Une échographie abdominale totale du 28 mars 2017 a conclu à « reins de taille et de morphologie normales. Prostate présentant un volume à la limite supérieure de la norme mesurant 29 cm³ (norme entre 20 et 25 cm³). Mise en évidence d'une hépatomégalie stéatosique sans signe d'hypertension portale. Polype de cholestérol de la vésicule biliaire mesurant 3.5 mm ».
84. Le 2 mai 2017, le Dr Z_____ a attesté d'une chute d'une échelle avec réception sur le côté de l'épaule droite ; la chute avait probablement décompensé une situation préexistante asymptomatique ; l'assuré devait réfléchir à un traitement conservateur ou à une intervention chirurgicale.
85. Le procès-verbal d'un entretien de l'assuré avec une collaboratrice de la SUVA du 11 mai 2017 relate que l'assuré avait subi une infiltration sans grand résultat ; il souffrait de l'épaule droite.
86. Le 11 mai 2017, le Dr Z_____ a envoyé un rapport médical AI attestant d'une lésion de la coiffe des rotateurs à droite, avec la possibilité de réparer la coiffe par arthroscopie ; il fallait voir si un reclassement était possible.
87. Une radiographie du thorax du 25 mai 2017 a conclu à l'absence de foyer pneumopathique ou d'épanchement pleural.
88. Le 7 juin 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en faisant valoir une incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 2016, suite à une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.
89. Le 13 juin 2017, Genève V_____ a attesté d'un salaire de CHF 33,92 par heure alloué en 2017 pour l'emploi assumé par l'assuré (CCT Second Œuvre Cat. B).
90. Le 13 juin 2017, la Dre X_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une chute de l'assuré le 24 novembre 2016 et de la rupture complète du tendon supra-épineux selon une arthro IRM de l'épaule droite du 9 décembre 2016, de douleurs, d'une limitation fonctionnelle et d'une incapacité de travail totale attestés depuis le 3 décembre 2016.
91. Le 13 juin 2017, le Dr Z_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une lésion de la coiffe des rotateurs droits et d'une incapacité de travail totale comme plâtrier mais de 100 % dans une activité adaptée dès maintenant, sans sollicitation physique du membre supérieur droit.

92. Le 3 juillet 2017, l'unité orthopédique et de traumatologie du sport des HUG a rempli un rapport médical AI attestant d'une lésion du sous-épineux D le 25 novembre 2016 chez l'assuré présentant une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs D avec rupture de sous-scapulaire ancienne et lésions dégénératives labrales ; l'activité de plâtrier n'était pas exigible (limitation fonctionnelle épaule droite).
93. Le 16 août 2017, la Dre AA_____, du SMR, a considéré que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail nécessitant la force du bras D, pas d'élévation du bras, pas de port de charges, pas de mouvements à répétition avec le bras D ; suivant l'avis du Dr Z_____, l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle dès novembre 2016 et capable de travailler à 100 % dès juillet 2017 dans une activité adaptée.
94. Le 18 août 2017, la réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 10%, compte tenu, en 2016, d'un revenu sans invalidité de CHF 67'022.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 60'320.-, déterminé selon l'ESS 2014, TA 1, niveau 1, pour 41,7h de travail hebdomadaire, indexé en 2016 et déduit de 10 % (pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré).
95. Par projet de décision du 18 août 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations en mentionnant que le degré d'invalidité était de 10 %, lequel ne donnait droit ni à une rente d'invalidité ni à une mesure de reclassement et que des mesures professionnelles de type reclassement n'étaient pas indiquées car elles ne seraient ni simples, ni adéquates et ne respecteraient pas le principe d'équivalence. De plus, de telles mesures n'entraîneraient que très difficilement une diminution du dommage, à savoir une diminution de la perte de gain.
96. Le 29 août 2017, la Dre X_____ a rempli un rapport médical E213 relevant que l'assuré était en attente d'une intervention chirurgicale.
97. Le 12 septembre 2017, l'assuré a écrit un courrier à l'OAI en portugais.
98. Par décision du 22 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en relevant que les éléments fournis ne permettaient pas de revenir sur la décision.
99. Le 27 septembre 2017, l'assuré a écrit un courrier à l'OAI, en portugais.
100. Le 28 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré que la décision du 22 septembre 2017 était sujette à recours.
101. Les 19 et 25 octobre 2017, le département de chirurgie des HUG a attesté d'une mise en place d'une prothèse totale d'épaule inversée à droite, pratiquée par les Drs AB_____ et AC_____ le 18 octobre 2017 ; l'incapacité de travail était totale du 18 octobre au 29 novembre 2017, certifiée par la Dre AD_____, médecin interne.
102. Le 25 octobre 2017, les HUG ont attesté de douleurs persistantes post chirurgie de l'épaule droite ; un bilan sanguin de contrôle était prévu.

103. Le 26 octobre 2017, l'assuré, représenté par CARITAS Genève, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 22 septembre 2017 en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision, voire à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; préalablement, il demandait la suspension de la cause dans l'attente d'une décision de l'OAI sur la demande de reconsidération.

Son état de santé n'était pas encore stabilisé et il était en incapacité de travail totale, de sorte que son degré d'invalidité était de 100 %.

104. Le 1^{er} novembre 2017, l'assuré a écrit à l'OAI que le 18 octobre 2017 il avait été opéré à l'épaule droite aux HUG ; des investigations étaient en cours car il présentait d'importantes douleurs, la SUVA avait pris le cas en charge ; il convenait d'annuler la décision du 22 septembre 2017 et de reprendre l'instruction de la demande.

105. Le 22 novembre 2017, le Dr AE_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel les conclusions du SMR du 16 août 2017 restaient valables, la capacité de travail étant entière dans une activité strictement adaptée jusqu'à l'opération à but antalgique et cette incapacité de travail n'étant que temporaire et postérieure à la décision litigieuse.

106. Le 6 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'intervention du 18 octobre 2017 n'avait pas entraîné d'incapacité de travail durable.

107. Le 12 janvier 2018, le recourant a répliqué en soulignant qu'il avait subi une opération importante, dont les suites ne pouvaient être déterminées à l'avance ; il convenait de prendre en compte les rapports médicaux des HUG à venir.

108. Le 31 janvier 2018, le recourant a produit les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 8 janvier 2018 du Dr AB_____, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 8 janvier au 8 février 2018.
- Un rapport du 17 janvier 2018 du Dr AB_____ indiquant que l'assuré avait récupéré des amplitudes fonctionnelles et que le bilan radiologique montrait un implant bien en place.

Il a relevé que le Dr AB_____ confirmait son incapacité de travail totale.

109. Le 5 février 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai toujours mal au talon car je n'ai pas reçu les traitements adéquats à l'époque. Je ne suis toutefois plus traité pour ce problème.

J'ai été opéré en octobre 2017 de mon épaule et actuellement je fais de la physiothérapie car mes mouvements sont encore limités. Le médecin est content de l'opération et moi-même je suis consciencieusement tous les traitements prescrits.

Mon certificat d'arrêt de travail est renouvelé chaque mois, je suis encore en arrêt de travail jusqu'à fin février. Mon médecin m'a dit que je serai en arrêt de travail environ une année et j'ai prévu avec la SUVA d'aller à Sion en avril-mai 2018. Je précise que mon médecin m'a parlé de traitement qui durerait une année mais je ne sais pas combien de temps va durer mon arrêt de travail.

Je vois tous les mois la Dre X_____. Je vois aussi fréquemment le Dr AB_____, la dernière consultation était le 8 janvier 2018 et la prochaine le 8 avril 2018.

Je conteste être en mesure de travailler trois mois après l'opération.

La SUVA a pris le cas en charge, soit l'intervention et les indemnités journalières. ».

Le mandataire du recourant a déclaré : « La capacité de travail dans une activité adaptée telle qu'attestée par le Dr Z_____ en juin 2017 n'est pas contestée mais nous avons apporté un nouvel élément médical, soit l'opération d'octobre 2017.

La capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas contestée jusqu'à l'opération mais l'est ensuite puisque le recourant n'est actuellement pas capable de travailler, qu'on ne connaît pas l'évolution de son épaule, ni les limitations fonctionnelles.

Nous ne contestons pas le refus des mesures d'ordre professionnel. ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « La pose d'une prothèse entraîne une incapacité de travail temporaire d'environ deux à trois mois et de plus la pose de la prothèse devrait améliorer l'état de santé et donc la capacité de travail.

Nous ne voulons pas reprendre la décision litigieuse afin d'examiner comment la capacité de travail du recourant évoluera car il n'y a aucune raison objective de penser que l'incapacité de travail va perdurer. Si tel devait être le cas le recourant devra déposer une nouvelle demande de prestations. ».

110. Le 17 avril 2018, la SUVA a communiqué une copie de son dossier. Les pièces suivantes y figurent notamment :

- un certificat médical du 30 novembre 2017 du Dr AB_____ attestant d'une incapacité de travail de l'assuré du 29 novembre 2017 au 8 janvier 2018 ;
- un rapport médical intermédiaire SUVA du 5 décembre 2017 de la Dre X_____ attestant d'un suivi de l'assuré aux HUG et mentionnant qu'il était difficile de se prononcer sur une date de reprise du travail ;
- un avis du Dr AF_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA, du 11 décembre 2017, selon lequel l'assuré avait tardé à se faire opérer et qu'il fallait revoir le dossier mi-février avec un examen à l'agence ;

-
- des certificats médicaux de la Dre X_____ des 29 janvier 2018, 5 mars 2018 et 29 mars 2018, attestant d'un arrêt de travail total du 8 février au 8 mars 2018, du 1^{er} au 31 mars 2018 et du 1^{er} au 30 avril 2018 ;
 - un procès-verbal d'entretien du 31 janvier 2018 de l'assuré avec un inspecteur de la SUVA mentionnant que l'assuré se plaignait toujours de douleurs à l'épaule droite et que les indemnités journalières lui seraient payées tant que son état n'était pas stabilisé ;
 - un avis du Dr AF_____ du 15 février 2018 selon lequel l'incapacité de travail était encore justifiée et une évaluation à la CRR était également justifiée ;
 - une demande d'admission à la CRR du 20 février 2018 de la part de la SUVA et une convocation de l'assuré à la CRR pour le 14 mars 2018.

111. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A 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. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.
4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

6. 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).

7. 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.
8. 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).

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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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; ATF 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. En l'occurrence, l'intimé a retenu une incapacité de travail totale du recourant du 25 novembre 2016 au 30 juin 2017 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée à son état de santé depuis le 1^{er} juillet 2017, entraînant un degré d'invalidité de 10 %.

Le recourant ne conteste ni sa capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2017, ni le degré d'invalidité de 10 % en résultant, mais fait valoir une incapacité de travail totale depuis le 18 octobre 2017, date de l'intervention chirurgicale à son épaule droite (procès-verbal d'audience du 5 février 2018).

Force est de constater que l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant est postérieure à la date de la décision litigieuse du 22 septembre 2017. Or, 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. 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 des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

S'agissant de la période courant dès le 18 octobre 2017, le recourant a présenté une incapacité de travail totale, attestée par les Drs AD____, AB____ et X____ depuis le 18 octobre 2017, encore en cours. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de prendre en compte – dans le cadre de la présente procédure – cette nouvelle incapacité de travail totale alléguée par le recourant, fait survenu postérieurement à la décision litigieuse, dès lors que l'on ne connaît pas sa durée, l'état de santé du

recourant ne semblant pas stabilisé, et qu'elle pourrait nécessiter une instruction médicale.

En conséquence, la décision litigieuse, laquelle prend en compte l'état de santé du recourant jusqu'au 22 septembre 2017, et qui n'est pas contestée par ce dernier, ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté.

Il se pourrait que l'incapacité de travail alléguée ne soit pas que temporaire comme affirmé par le SMR le 22 novembre 2017, mais qu'elle perdure dans une mesure telle qu'elle donnerait droit à des prestations d'invalidité au recourant. À cet égard, compte tenu de la teneur du recours du 26 octobre 2017, comprenant l'allégation de l'aggravation de l'état de santé du recourant dès le 18 octobre 2017, il convient de transmettre celui-ci à l'intimé, afin qu'il soit traité comme une nouvelle demande de prestations.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 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 le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Le transmet à l'intimé dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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); 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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