

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/631/2019

ATAS/1115/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 décembre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BERNEX, représenté par
CARITAS GENEVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
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 15 mai 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 était 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 8 août 2005, l'employeur a déclaré l'accident à la SUVA.
5. Le 4 juillet 2006, l'assuré a été examiné par le Dr D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du 5 juillet 2006, ce médecin a constaté l'échec de toutes les mesures thérapeutiques et a proposé 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.
6. 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).

7. 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 %.
8. Le 22 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une atteinte au talon droit.
9. 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.
10. Le 12 janvier 2007, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué une talalgie droite avec un pronostic très réservé. Il suivait le patient depuis le 15 août 2005. Une scintigraphie osseuse confirmait un foyer hypercepe du calcaneum droit. L'activité antérieure n'était pas exigible, ni aucune autre activité en raison de la talalgie résistante à tout traitement.
11. Le 23 janvier 2007, le Dr F_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA, a rendu un avis médical selon lequel plus d'un an après une contusion au talon sans lésion organique établie et sans diagnostic médical clair, il convenait de clore le traitement et le cas de sinistre, l'assuré étant en pleine capacité de travail.
12. 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.
13. Dès le 18 mars 2007, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières de la CMBB, assureur-maladie perte de gain.
14. Le 3 mai 2007, le Dr G_____, 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 F_____.
15. Par projet d'acceptation de rente du 4 mai 2007, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : 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.
16. 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.

17. Le 3 juin 2007, le Dr H_____, 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 estimait que l'avis d'un neurologue et d'un dermatologue était indiqué.
18. 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.
19. 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 H_____, médecin-conseil de la CMBB avait constaté son incapacité. Il était actuellement suivi par la Dresse I_____, avec un nouveau traitement. Il ne pouvait plus faire plâtrier mais était disposé à se réinsérer dans une autre profession.
20. 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 cantonal 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.
21. Le 2 octobre 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant qu'aucun examen n'avait pu objectiver les douleurs.
22. Le 12 octobre 2007, la CMBB a transmis à la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, son dossier.
23. En date du 25 octobre 2007, l'assuré a été soumis à une nouvelle expertise conduite par le Dr J_____, rhumatologue, à la demande de la CMBB, lequel a estimé dans son rapport du 6 novembre 2007, que l'assuré pouvait reprendre le travail dans sa profession initialement à 50 % puis à 100 % dans un délai estimé à un mois. Dans une activité adaptée, l'assuré semblait en mesure de travailler à plein temps.
24. Le 13 décembre 2007, l'OAI a indiqué que l'assuré avait repris une activité professionnelle à 50 % depuis le 15 novembre 2007.
25. Le 21 décembre 2007, la Dresse I_____ a indiqué que l'assuré 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.
26. 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.
27. Le 8 avril 2008, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle à 100 %. D'autres investigations telles que préconisées par le Dr H_____ seraient utiles, toutes les pistes devaient être exploitées et une compression canalaire n'était pas exclue.

28. Le 28 avril 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré qu'il travaillait toujours à 50 % comme plâtrier soit depuis novembre 2007 et que lorsqu'il travaillait trois heures consécutivement il avait d'importantes douleurs. Il estimait ne pas pouvoir travailler plus que ce qu'il faisait actuellement.
29. 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.
30. Le 2 juin 2008, le Dr K_____, FMH neurologie, indiqué qu'après un examen neurologique et une électroneuromyographie, l'incapacité de travail dépendait selon lui uniquement des constatations orthopédiques.
31. Le 25 août 2008, l'assuré 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.
32. Par arrêt du 8 septembre 2008 (A/3328/2007 - ATAS/984/2008), le Tribunal cantonal 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.
33. Par arrêt du 9 février 2009 (A/3075/2008 - ATAS/136/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté la demande interjetée à l'encontre de la CMBB en se référant à son arrêt du 8 septembre 2008.
34. Par arrêt du 26 octobre 2009 (9C 912/2008), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt 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, en constatant que les pièces médicales au dossier ne permettaient pas d'établir la capacité de travail de l'assuré depuis le 13 novembre 2007.
35. À la demande de l'OAI, le Dr L_____, 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 discrépance 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.

36. Le 7 février 2011, la Dresse M_____, 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.
37. 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.
38. L'assuré a travaillé du 12 août 2013 au 31 décembre 2015 comme plâtrier B par Lusoplâtre ; il a été licencié en raison de la fermeture de l'entreprise.
39. L'assuré a travaillé pour N_____ Emploi SA (ci-après : N_____ Emploi) et était sous contrat de mission avec O_____ SA, comme plâtrier, depuis le 18 août 2016 pour une durée maximum de trois mois.
40. Un rapport des urgences de la Clinique de Carouge du 25 novembre 2016 a relaté que l'assuré s'était présenté pour une douleur à l'épaule droite suite à un faux mouvement, en portant une charge lourde et une tendinopathie aigüe de l'épaule droite.
41. Le 29 novembre 2016, N_____ Emploi 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 » ;
42. L'assuré a été en incapacité totale de travail dès le 25 novembre 2016, attestée par la Clinique de Carouge, puis par la Dresse P_____, FMH médecine générale, jusqu'au 13 décembre 2016.
La SUVA a pris le cas en charge.
43. 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 ».
44. 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 sous-épaulaire. Status après rupture également du tendon long chef du biceps. Déchirure en anse de seau (SLAP III) du labrum supérieur ».

45. 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.
46. Le 10 janvier 2017, la Dresse P_____ a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 28 février 2017.
47. 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 sous-scapulaire 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.

48. Le 19 janvier 2017, la Dresse P_____ a renvoyé un rapport médical à la SUVA attestant d'une rupture complète du tendon supra-épineux, d'une rupture complète du tendon sous-scapulaire, 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.
49. Une infiltration de l'épaule a été effectuée le 26 janvier 2017.
50. Le 27 janvier 2017, le Dr Q_____, 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.
51. Le 21 février 2017, la Dresse P_____ 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.
52. Le 27 mars 2017, la SUVA a requis du Dr R_____, FMH chirurgie orthopédique qu'il prenne en charge l'assuré.
53. 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 ».

54. Le 2 mai 2017, le Dr R_____ 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.
55. 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.
56. Le 11 mai 2017, le Dr R_____ 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.
57. Une radiographie du thorax du 25 mai 2017 a conclu à l'absence de foyer pneumopathique ou d'épanchement pleural.
58. Le 7 juin 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité 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.
59. Le 13 juin 2017, N_____ Emploi 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).
60. Le 13 juin 2017, la Dresse P_____ 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.
61. Le 13 juin 2017, le Dr R_____ 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.
62. 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).
63. Le 16 août 2017, la Dresse S_____, 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 R_____, 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.

64. 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).
65. 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.
66. Le 29 août 2017, la Dresse P_____ a rempli un rapport médical E213 relevant que l'assuré était en attente d'une intervention chirurgicale.
67. Le 12 septembre 2017, l'assuré a écrit un courrier à l'OAI en portugais.
68. 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 le projet de décision.
69. Le 27 septembre 2017, l'assuré a écrit un courrier à l'OAI, en portugais.
70. Le 28 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré que la décision du 22 septembre 2017 était sujette à recours.
71. 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 T_____ et U_____ le 18 octobre 2017 ; l'incapacité de travail était totale du 18 octobre au 29 novembre 2017, certifiée par la Dresse V_____, médecin interne.
72. Le 25 octobre 2017, les HUG ont attesté de douleurs persistantes post chirurgie de l'épaule droite ; un bilan sanguin de contrôle était prévu.
73. Le 26 octobre 2017, l'assuré, représenté par CARITAS Genève, a recouru (A/4338/2017) 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 %.
74. 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.

75. Le 22 novembre 2017, le Dr W_____, 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.
76. 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.
77. 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.
78. Le 31 janvier 2018, le recourant a produit les rapports médicaux suivants :
- Un rapport du 8 janvier 2018 du Dr T_____, 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 T_____ 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 T_____ confirmait son incapacité de travail totale.

79. 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 Dresse P_____. Je vois aussi fréquemment le Dr T_____, 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 R_____ 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. ».

80. 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 T_____ 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 Dresse P_____ 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 X_____, 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 Dresse P_____ 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 X_____ 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.

81. Par arrêt du 14 mai 2018 (A/4338/2017 - ATAS/409/2018), la chambre de céans a rejeté le recours et a transmis la cause à l'OAI, dans le sens des considérant. Elle a considéré ce qui suit : 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 V_____, T_____ et P_____ 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.

82. Le 17 juillet 2018, l'OAI a imparti à l'assuré un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis le 18 octobre 2017.
83. Le 20 août 2018, l'OAI a notifié à l'assuré une sommation en lui fixant un nouveau délai au 1^{er} septembre 2018.
84. Le 31 août 2018, l'OAI a reçu un avis de sortie de la Dresse V_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, du 19 octobre 2017 suite à l'intervention du 18 octobre 2017, un certificat médical de celle-ci du 19 octobre 2017, un résumé de séjour des HUG du 25 octobre 2017, l'avis de sortie du 17 avril 2018 de la CRR, suite à l'hospitalisation de l'assuré du 14 mars au 18 avril 2018, un rapport de consultation du 9 juillet 2018 du docteur T_____ selon lequel

l'assuré se plaignait de douleurs très importantes au niveau de l'épaule droite, les amplitudes étaient encore très restreintes avec un score de constant à 40 % et il confirmait l'avis de la SUVA, soit un préavis de réinsertion comme plâtrier défavorable et la possibilité d'exercer une activité limitée avec un maximum de 5 à 10 kg. L'assuré, représenté par CARITAS, a indiqué qu'il souffrait toujours beaucoup de son épaule droite, de sa jambe et de son pied droit et qu'il était convoqué aux HUG les 31 août et 8 octobre 2018 ainsi qu'à la SUVA le 10 octobre 2018.

85. Le 9 octobre 2018, le Dr T_____ a indiqué, suite à une consultation du 8 octobre 2018, que l'évolution anamnestique était favorable, avec une récupération d'une bonne partie des mobilités mais avec la persistance d'une faiblesse à l'abduction ; l'implant était bien en place et les amplitudes largement restituées.
86. Le 15 octobre 2018, le Dr X_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré du 10 octobre 2018. L'assuré se plaignait de douleurs circonscrites à l'épaule droite ; il a posé le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs sur l'épaule déjà très dégénérative ; depuis la CRR il existait une évolution possible, avec diminution des douleurs ; sur le plan du travail et de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles définitives étaient celles déjà retenues à la CRR : limitation pour le travail avec le membre supérieur droit en abduction ; travail en force et le port de charge ; les activités avec le membre supérieur droit étaient donc possibles mais retenues contre-indiquées au-dessus du plan des épaules avec le membre supérieur droit en porte-à-faux ; les activités avec force avec le membre supérieur droit et le port de charge supérieur à 5 - 10 kg dans l'axe étaient possibles mais contre-indiquées de manières répétitives ou prolongées du sol à la taille ; le travail précédent n'était plus exigible (plâtrier peintre). Dans les limitations fonctionnelles actuelles, le travail devenait exigible sans limitation au rendement et à 100 % après la fin du reconditionnement par rééducation auprès du Dr Y_____, dans quatre mois.
87. Par courrier du 16 octobre 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin à ses prestations (prise en charge des frais médicaux et indemnité journalière) au 29 février 2019 ; il était reconnu capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Un examen d'autre prestation d'assurance serait effectué.
88. Le 20 novembre 2018, les HUG ont communiqué à l'OAI les notes de consultations du Dr Y_____, lequel ne travaillait plus aux HUG.
89. Le 26 novembre 2018, le Dr W_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel il fallait s'en tenir aux conclusions du Dr X_____ du 10 octobre 2018 et considérer que depuis octobre 2018, la capacité de travail était pleine dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite ;

l'incapacité de travail était donc totale dans toute activité du 18 octobre 2017 au 10 octobre 2018.

90. Par projet de décision du 27 novembre 2018 et décision du 16 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le degré d'invalidité de l'assuré était de 10 % (revenu sans invalidité en 2018 de 67'022.- et revenu d'invalidité de CHF 60'320.- selon l'ESS 2016). Il n'y avait pas de droit à une mesure de reclassement et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
91. Le 16 janvier 2019, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré, représenté par CARITAS, du 14 janvier 2019, selon lequel il contestait le projet de décision car malgré les traitements son état n'était pas encore stabilisé et il présentait toujours d'importantes douleurs, de sorte que sa capacité de travail était toujours nulle dans toute activité.
92. Le 18 février 2019, l'assuré, représenté par CARITAS, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 16 janvier 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, voire à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il fait valoir qu'il souffre toujours d'importantes douleurs au bras droit, qu'il est limité dans toutes ses activités et qu'il est prématuré d'évaluer sa capacité de travail résiduelle, actuellement nulle.
93. Le 19 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que conformément à l'avis de tous les médecins ayant suivi le recourant, celui-ci avait présenté une incapacité de travail totale du 18 octobre 2017 au 10 octobre 2018, puis totale dans une activité adaptée et le recourant n'apportait aucun élément pertinent pour remettre en cause ces conclusions.
94. Le 30 avril 2019, l'OAI a transmis à la chambre de céans un courrier du recourant du 25 avril 2019, en portugais et un courrier en français, selon lequel il n'arrivait pas à dormir du côté droit, présentait des douleurs en soulevant un poids, ne pouvait lever son bras droit à l'arrière de son dos, n'arrivait pas à changer de vitesse avec seulement le bras droit, était limité dans les mouvements du bras en hauteur, était moralement incommodé avec une gêne constante depuis son premier accident de 2005 au pied.
95. Le 20 mai 2019, l'assuré a répliqué en relevant qu'il souffrait de douleurs chroniques au talon et à la cheville suite à l'accident de 2005 et d'un ménisque médial hétérogène à droite, le limitant dans toutes ses activités, de sorte que l'OAI aurait dû évaluer sa capacité de travail dans son ensemble ; par ailleurs, une déduction de 25 % sur le revenu d'invalidité se justifiait en lieu et place de la déduction appliquée de 10 % ; le pronostic médical des Drs X_____, T_____ et de la CRR s'était avéré trop optimiste.

Il a communiqué :

- Un rapport d'échographie du genou droit du 23 octobre 2018 concluant à un ménisque médial hétérogène sans qu'on ne puisse savoir en échographie s'il s'agit d'un ménisque dégénératif ou d'une fissure méniscale. Il n'était pas noté d'ostéophytose des berges en regard mais on notait une hyperémie Doppler du plan capsulaire au contact de ce ménisque médial. Epanchement articulaire. Une IRM pour exploration méniscale pourrait compléter l'examen.
- Une évaluation du Dr X_____ du 10 octobre 2018 fixant à 10 % le taux de l'IPAI pour atteinte de l'épaule.

96. A la demande de la chambre de céans, la SUVA a communiqué le rapport complet de la CRR du 2 mai 2018.

Selon ce rapport, l'assuré avait séjourné à la CRR du 14 mars au 18 avril 2018 pour un diagnostic principal de thérapies physique et fonctionnelle de l'épaule droite, suite à la mise en place d'une prothèse totale inversée le 18 octobre 2017 ; l'assuré présentait aussi une arthrose métatarso-phalangienne du premier rayon (pied gauche) et une ténosynovite du tendon tibial antérieur gauche ; la situation n'était pas stabilisée ; une stabilisation était attendue à une année de l'intervention. L'activité de plâtrier n'était plus exigible ; l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : les activités avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, les activités avec force avec le membre supérieur droit et le port de charges supérieure à 5 à 10 kg de manière répétitive et / ou prolongée du sol à la taille. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus était en théorie favorable dans une activité très légère qui restait à définir. Néanmoins les facteurs contextuels (l'âge, l'absence de contrat de travail, de formation qualifiante, le faible niveau de français) allaient rendre cette réinsertion complexe.

97. Les 22 octobre et 12 novembre 2019, l'OAI a transmis deux courriers que l'assuré lui avait adressé, rédigés en portugais, datés respectivement des 18 octobre et 7 novembre 2019.

La chambre de céans a requis de l'assuré une traduction libre de ces deux courriers.

98. Le 18 novembre 2019, l'assuré a communiqué une traduction libre de son courrier du 18 octobre 2019 ; selon celui-ci l'assuré indiquait qu'il était désespéré car il n'avait pas d'argent à envoyer à sa famille au Portugal ; il avait beaucoup de douleurs et ne pouvait plus travailler comme plâtrier ; il était authentique et sérieux, avait presque 63 ans et souhaitait recevoir de l'argent pour l'envoyer à sa famille au Portugal.

99. Le 21 novembre 2019, le recourant a produit une traduction libre de son courrier du 7 novembre 2019 dans lequel il indique être désespéré, ne pouvant envoyer de l'argent à sa fille et à sa femme.

100. 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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.
8. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces

assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

c. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10 % dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

d. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne

disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

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).

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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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).

10. 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).
11. a. En l'occurrence, à la suite de l'arrêt de la chambre de céans du 14 mai 2018, l'intimé a repris l'instruction du dossier dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations et a estimé que le recourant était totalement incapable de travailler dans toute activité dès le 18 octobre 2017 et capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 11 octobre 2018, ce qui entraînait une perte de gain de 10 %, insuffisante pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'intimé s'est fondé sur l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr X_____ (rapport du 15 octobre 2018), lequel a pris en compte les rapports de la CRR, suite au séjour du recourant du 14 mars au 18 avril 2018 et s'est rallié aux limitations fonctionnelles retenues par la CRR, soit des limitations pour le travail avec le membre supérieur droit en abduction, travail en force, le port de charge, les activités avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules en porte-à-faux, les activités avec force avec le membre supérieur droit et le port de charge supérieur à 5 - 10 kg de manières répétitives ou prolongées du sol à la taille.

Le Dr T_____ s'est également rallié à l'avis de la CRR dans son rapport du 9 juillet 2018, en confirmant l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles du recourant. Le Dr X_____ a également relevé que, depuis l'évaluation de la CRR, il existait une évolution positive certaine avec la diminution des douleurs. Cette évolution positive a ensuite été confirmée par le rapport du Dr T_____ du 9 octobre 2018, lequel atteste d'une évolution anamnétique favorable, avec une récupération d'une bonne partie des mobilités et amplitudes et un implant bien en place.

Comme relevé par l'intimé, tous les rapports médicaux au dossier convergent pour reconnaître au recourant une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant conteste être capable de travailler mais ne fournit aucun avis médical pour étayer ses allégations, étant relevé que le rapport d'échographie du genou droit du 23 octobre 2018 n'est pas à même d'établir une incapacité de travail du recourant, ce d'autant que les conséquences ne sont pas discutées par le médecin traitant du recourant.

Enfin, s'agissant des douleurs chroniques au talon, évoquées à nouveau par le recourant dans son écriture du 20 mai 2019, l'intimé a instruit médicalement cet aspect suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 20 octobre 2009, en particulier en mettant en œuvre une expertise auprès du Dr L_____, lequel a conclu (rapport du 3 novembre 2010) à la présence d'une talalgie plantaire suite à un choc qui n'entraînait, depuis novembre 2007, plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée (pas de marche prolongée, de port de charges de plus de 5-10 kg, de montées et descentes d'escalier). Le recourant n'a pas contesté la décision subséquente de l'OAI du 10 mai 2011, qui reprenait la conclusion du Dr L_____, tout en considérant que l'activité habituelle était adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Or, dans le cadre de la présente procédure, le recourant ne fait état d'aucun élément qui permettrait de remettre en cause cette évaluation.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir une capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 11 octobre 2018.

b. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, le recourant conteste uniquement l'application d'une déduction de 10 % sur le revenu d'invalidité, en faisant valoir qu'elle devrait être augmentée à 25 %.

A cet égard, même si une déduction de 25 % était admise, le taux d'invalidité n'atteindrait pas le seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité, de sorte que cette question peut rester ouverte.

Enfin, s'agissant de l'âge de l'assuré, malgré le fait qu'il a atteint l'âge de 62 ans au 11 octobre 2018, date à partir de laquelle une capacité de travail lui est reconnue, aucun élément, au sens de la jurisprudence précitée, ne permet de considérer que le recourant ne pourrait retrouver un emploi sur le marché du travail, en particulier compte tenu des limitations fonctionnelles reconnues.

12. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, 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. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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