

GE_GERICHTE A/4158/2016 vom 9. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4158_2016

FR: GE_GERICHTE A/4158/2016 du 9 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/4158/2016 del 9 ottobre 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHATELAINE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le _____ 1967, ressortissant suisse dès le 10 mars 2008, d'origine kosovare, peintre en bâtiment, marié, quatre enfants dont les trois aînés sont majeurs et le dernier, C_____ né le _____ 2002, est encore mineur, a présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 février 2009, pour maladie (mal de dos, poitrine, jambes et bras, maux d'estomac et asthme). L'atteinte existait depuis le 3 septembre 2008, date dès laquelle il était en incapacité de travail à 100 %. Il avait toutefois repris son activité à 100 % dès le mois de février 2009 auprès de son employeur, mais avait été licencié pour fin février 2009, car il travaillait pour le compte d'une entreprise familiale. Par décision du 9 juillet 2009, la demande a été rejetée, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) ayant estimé que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. 2. Le 24 octobre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, pour motif d'accident survenu le 1 er novembre 2010. L'OAI et la CNA se sont communiqués leurs dossiers respectifs. Les circonstances de l'accident variaient selon les divers documents versés au dossier: selon la déclaration d'accident à la CNA de l'employeur du 4 novembre 2010, il avait glissé et était tombé sur la tête; selon son médecin-traitant, la doctoresse D_____, FMH en médecine générale, le 09.01.2011, il avait reçu un coup sur la tête et faux mouvement avec la tête, coup de tête contre un ascenseur; selon le rapport du 4 octobre 2011 du Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, il avait heurté violemment la tête contre une poutre sur le vertex; lors d'un rapport d'analyse de la situation par la CNA du 18.10.2011 notamment à la suite d'un entretien de la veille, l'assuré avait expliqué s'être cogné la tête contre un ascenseur. Il avait été incapable de travailler dès le 2 novembre 2010 et avait repris le travail à 50 % dès le 7 février 2011. 3. Le 4 novembre 2010 HELSANA, assureur perte de gain maladie entreprise, saisi d'une annonce de sinistre, préalablement à l'accident survenu le 1 er novembre 2010, écrivait au médecin-traitant, que le patient étant en traitement chez elle depuis le 23 août 2010, il sollicitait en conséquence des renseignements afin de pouvoir se déterminer sur son devoir de prester. La Dresse D_____ a répondu aux questions de cet assureur le 18 novembre 2010 ; elle retenait les diagnostics suivants: 1. cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire et sur protrusions C3-C4, C5-C6 ; 2. Cervicobrachialgies aiguës gauches. 3. Tendinopathie épaule droite. 4. État anxieux important. Le traitement était médicamenteux et de physiothérapie. Le patient avait été en incapacité de travail à 100 % du 23 août au 24 octobre 2010; reprise à 100 % dès le 25 octobre 2010, en évitant de porter des charges lourdes et les travaux lourds ainsi que les

mouvements répétitifs des membres supérieurs, et avec le port d'un masque (pour éviter les poussières et les particules de peinture). Selon ce médecin, ses constatations n'empêchaient pas l'assuré d'exercer son activité, mais ses diverses maladies pouvaient être handicapantes lors de décompensations. La capacité de gain pouvait être améliorée, dans un travail léger et adapté à son état de santé. Le pronostic était bon. 4. Il ressort d'un courrier de l'entreprise R_____ SA du 18 octobre 2011 à la CNA que l'assuré avait travaillé dans l'entreprise - dont l'un de ses frères, était administrateur - du 12 avril 2010 au 29 avril 2011. Il avait été en arrêt de travail depuis le 1^{er} novembre 2010 et avait repris à 50 % dès le 7 février 2011. Il avait enfin quitté la société à fin avril 2011. Le 13 mai 2011 il avait créé sa propre entreprise, F_____, avec un autre de ses frères, G_____, tous deux étant associés gérants avec signature individuelle et chacun détenteur de dix parts à CHF 1'000.-/part. 5. Selon le médecin traitant l'intéressé avait encore eu un nouvel accident en date du 2 août 2011: il descendait les trois dernières marches d'une échelle lorsqu'elle avait basculé; en voulant se rattraper il avait tapé le dos de la main contre un mur. Mais sa capacité de travail, par rapport aux suites de cet accident était à nouveau de 100 % en octobre 2011; en revanche elle était toujours de 50 %, des suites de celui du 1^{er} novembre 2010. 6. Divers documents médicaux ressortent du dossier de la CNA, notamment: - rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en ORL et chirurgie cervico-faciale du 29 août 2011 : globalement le patient estime que ses plaintes ne sont pas forcément modifiées, mais il se sent nettement mieux certains jours que d'autres. Lorsqu'il travaille au sol il a nettement moins de problèmes que s'il monte sur une échelle ou un échafaudage. En conclusion il persiste toujours des anomalies vestibulaires centrales, néanmoins le patient se sent globalement mieux. Il estime qu'il pourrait reprendre son travail à 100 % pour autant qu'il puisse effectuer un maximum de travail au sol et ne monter sur des échelles ou des échafaudages que très progressivement. Une IRM cérébrale réalisée en juin 2011 s'était révélée normale; - le rapport d'IRM cérébrale du 15 juin 2011 : la doctoresse I_____, FMH en radiologie, indique que les données de l'IRM tant avant qu'après injection du produit de contraste sont sans anomalies notables, en particulier au niveau de la face postérieure ainsi qu'au niveau des conduits auditifs internes et angles ponto-cérébelleux. Absence de signes de lésion intracrânienne post-traumatique; - le rapport du docteur J_____, FMH en radiologie, qui a procédé à une échographie du poignet droit en date du 14 décembre 2011: les tendons extenseurs sont normaux. La bande dorsale du ligament scapho-lunaire est normale. Absence de signes de synovite des articulations du poignet. Pas de kyste au niveau de la face dorsale du poignet; - un rapport d'examen de la colonne cervicale du 20 janvier 2011 du docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie: l'alignement des murs antérieur et postérieur reste conservé. Pas de fracture ou de tassement vertébral appréciable. On note tout au plus une ébauche d'uncarthrose C4-C6. 7. Selon une note téléphonique de la CNA du 3 novembre 2011 avec l'assuré, dont le but était de connaître le résultat d'une consultation de l'intéressé auprès de son médecin traitant le 2 novembre 2011: la Dresse D_____ s'oppose à la reprise du travail à 50 % sur une journée entière, et lui recommande de continuer sa reprise à 50 % sur une demi-journée. Les gestionnaires CNA demandaient également à l'assuré des précisions quant aux incapacités de travail pour maladie durant la période du 23 août au 24 octobre 2011. L'assuré a tout d'abord indiqué que ce n'est sûrement pas lui. Confronté au fait que l'assureur-accidents disposait de décomptes d'indemnités journalières de HELSANA, l'assuré finit par indiquer que cela doit concerner ses problèmes de dos, mais il n'avait pas l'air d'en être certain. Il lui

est rappelé que la question lui avait été posée lors d'un entretien du 17 octobre 2011, et qu'il avait répondu qu'il n'avait aucun problème de maladie. 8. Par projet de décision du 19 mars 2012, l'OAI avait rappelé à l'assuré son obligation légale de fournir tous les renseignements nécessaires pour établir le droit à des prestations; l'intéressé, sollicité à quatre reprises entre le 26 octobre 2011 et le 8 février 2012 pour produire divers documents, notamment les états financiers des entreprises, n'en avait à ce jour produit qu'une partie. L'office énumérant les documents demandés, lui impartissait un dernier délai au 23 avril 2012 pour le faire, à défaut de quoi la décision serait prise sur la base du dossier, et les prestations pourraient lui être refusées. 9. Les documents sollicités n'ayant jamais été fournis par l'intéressé, l'OAI statuant dès lors en l'état du dossier avait rejeté la demande, par décision du 16 juillet 2012. 9. L'assuré a présenté une troisième demande de prestations AI, pour accident, par questionnaire du 28 octobre 2013, reçu par l'OAI le 8 janvier 2014 (puis complété le 18 juillet 2014). Il était en arrêt de travail à 100 % dès le 17 avril 2013. Ce jour-là, alors qu'il se trouvait sur un escabeau en train de peindre, il a perdu l'équilibre et il est tombé. Une échographie de l'épaule droite effectuée le 18 avril 2013 par le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie, mettait en évidence un pincement de l'espace articulaire acromio-claviculaire avec une clavicule en position relativement haute par rapport à l'acromion, et discret épanchement traduisant des phénomènes de surcharge. Le tendon du long chef du biceps était dans sa gouttière bicipitale et de structure relativement hétérogène. Le tendon du supraépineux présentait une zone hypoéchogène en son sein, traduisant une rupture mesurant 3 mm dans l'axe transverse avec hyperhémie focalisée, et présence d'une lame de liquide dans la bourse sous acromio-deltoidienne de 2.16 mm d'épaisseur par 12.3 mm dans l'axe transverse. Pas de lésions de l'infra-épineux. La tête humérale présentait une sphéricité conservée sans calcifications adjacentes. 10. La radiographie de l'épaule droite de face et en axial, du 18 avril 2013, par le même spécialiste, observe que l'espace articulaire et gléno-huméral est conservé. Pas de luxation gléno-humérale. Pincement acromio-claviculaire. Incurvation vers le bas de l'extrémité distale de l'acromion provoquant une réduction de la distance acromio-humérale. Pas de fracture ni arrachement osseux. Pas de calcification à la hauteur du trochiter. La CNA avait pris le cas en charge. 10. Par courrier du 1 er octobre 2013, adressé au médecin traitant de l'assuré – dont copie aux services médicaux de l'OAI et de la CNA -, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, résumait ainsi la situation actuelle du patient : en arrêt de travail depuis le 17 avril 2013 il a été victime à cette date d'une chute accidentelle. Il s'agit d'un premier épisode; le patient ne présentait pas auparavant de douleurs de son épaule droite. Le patient estime qu'actuellement son épaule représente 70 % d'une épaule normale. Il ressent des douleurs qui entravent sa qualité de vie, à 7/10 sur l'échelle de la douleur, et qui sont accompagnées de réveils nocturnes. Pas de notion d'infiltration de stéroïdes, mais de sept séances de physiothérapie qui n'ont pas eu l'effet escompté. Patient en bonne santé habituelle, sans notion d'allergies ou de tabagisme actif. Il prend régulièrement du Dafalgan pour ses douleurs. Il est retrouvé à l'examen clinique une forte sensibilité à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire droite avec un Cross Arm Test positif. Les amplitudes sont quasiment symétriques avec une élévation antérieure à 160°, rotation externe coude au corps à 45° et rotation interne main dans le dos à D11 contre D7 à gauche. Il existe une insuffisance de la coiffe des rotateurs supérieure avec une manœuvre de Jobe positive. Le bilan paraclinique confirme des signes d'arthropathie acromio-claviculaire et d'une lésion de sa coiffe des rotateurs aux dépens du tendon susépineux. Le spécialiste a préconisé la réalisation d'une arthro-IRM, pour mieux

caractériser la lésion du tendon susépineux, et afin d'évaluer l'infiltration graisseuse, signe qui pourrait attester du caractère récent de la lésion. Il souhaite que le patient effectue une demande AI en vue de reclassement professionnel. Il est en effet illusoire, selon lui, qu'à 46 ans, avec une lésion de sa coiffe des rotateurs supérieure, il poursuive une activité de peintre en bâtiment.

11. Le 28 octobre 2013, dans un nouveau courrier au médecin traitant, le Dr M_____ indique avoir revu le patient après arthro-IRM. Cet examen révèle une lésion bifocale de sa coiffe des rotateurs aux dépens de la partie antérieure du tendon susépineux et de la partie antérieure de son tendon sous-épineux. Il s'agit de petites lésions qui ne nécessitent pas en soi une prise en charge chirurgicale, mais une simple surveillance. Il lui paraît en revanche souhaitable que le patient bénéficie d'une reconversion professionnelle et prie l'assurance-invalidité d'entreprendre des démarches dans ce sens. Il reverrait le patient au plus tard dans un an, à la lumière d'une simple échographie, afin d'évaluer une éventuelle extension de la lésion. Copie de ce courrier était adressée aux médecins respectifs de l'OAI et de la CNA.

L'arthro-IRM de l'épaule droite du 8 octobre 2013 constate, en conclusion, la mise en évidence d'une rupture transfixiante du supraépineux sans rétraction tendineuse ni atrophie musculaire. Phénomène de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire avec discrète excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion, en contact avec le tendon du supraépineux. Dégénérescence kystique de la tête humérale de localisation postérieure.

12. En automne 2014, sur demande du Dr M_____, qui retenait l'indication d'une intervention chirurgicale sous forme d'arthroscopie avec acromioplastie, ténodèse du biceps et éventuelle désinsertion-réinsertion du susépineux, l'assuré a été pris en charge par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG (docteur N_____, chef de clinique), lequel a procédé à une chirurgie électorale de l'épaule droite, dans le cadre d'une hospitalisation du 28 novembre 2014 au 1^{er} décembre 2014. Dans sa lettre de sortie du 8 décembre 2014, ce médecin a retenu le diagnostic principal de rupture partielle dorsale du sous-épineux de l'épaule droite à 50 % ; ténosynovite du long chef du biceps; il ne retenait aucun diagnostic secondaire, ni complication, ni comorbidités actives ou inactives. À l'anamnèse actuelle et au status d'entrée, il rappelait que le patient, peintre en bâtiment, présentait, suite à la chute du « 13 avril 2013 » (recte: 17), avec un impact au niveau de son épaule droite, des douleurs et une limitation fonctionnelle importante, à tel point qu'il n'avait pas pu reprendre son travail depuis l'accident. L'examen clinique retrouvait des amplitudes articulaires préservées, une bonne élévation, avec un déficit en rotation interne. Le testing de la coiffe des rotateurs mettait en évidence un déficit supérieur. Les manœuvres provocatrices du long chef du biceps étaient positives, ainsi que la palpation du trochiter. L'imagerie mettait en évidence des lésions intra-tendineuses du susépineux avec une possible subluxation du long chef du biceps. Au vu de l'évolution défavorable à une année du traumatisme, on avait retenu l'indication pour une arthroscopie de l'épaule droite avec acromioplastie, ténodèse avec arthro-acromioplastie, ténodèse du biceps et une éventuelle désinsertion et réinsertion du susépineux. Le patient acceptait cette intervention, planifiée le 28 novembre 2014. L'intervention chirurgicale du 28 novembre 2014 a consisté en une arthroscopie de l'épaule droite ; débridement du susépineux et réinsertion sur hauban; ténodèse du long chef du biceps avec une vis. Les suites postopératoires sont simples et apyrétiques. Le membre supérieur droit est immobilisé dans un Polysling pour une durée totale de six semaines. La mobilisation de l'épaule droite a débuté selon le protocole de la coiffe des rotateurs. Le patient serait revu à la consultation de la rééducation à six semaines, avec un contrôle radio-clinique à trois mois postopératoires avec le chirurgien opérateur. La réfection des

pansements retrouvait une plaie chirurgicale calme ; les douleurs postopératoires étaient gérables par une antalgie par voie orale.![endif]>![if> 13. Le 19 août 2015, le médecin d'arrondissement de la CNA, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à l'examen final de l'assuré. S'agissant des renseignements anamnestiques initiaux, il s'est rapporté à l'examen de l'assuré à l'agence de l'assureur-accidents en date du 28 novembre 2013, puis a consigné chronologiquement les renseignements médicaux recueillis tout au long de l'instruction, en visant notamment les rapports intermédiaires de la Dresse D_____ (9 juin 2014 et 1^{er} mars 2015) en en reprenant les éléments essentiels, le rapport de séjour de l'assuré aux HUG (docteur N_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur – du 28 novembre au 1^{er} décembre 2014) le rapport du docteur P_____, chef de clinique de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG (30 juillet 2015) qui note que l'évolution est lentement favorable et qui mentionne la survenue de douleurs au niveau de l'épaule droite.![endif]>![if> Il a relevé les plaintes de l'assuré qui confirme n'avoir pas repris d'activité professionnelle depuis sa chute (17 juillet 2013 - recte : 17 avril 2013), qui considère que depuis la dernière évaluation à l'agence il n'y avait pas vraiment eu d'amélioration et que l'apport du traitement chirurgical avait finalement été assez modéré: il déclarait ressentir toujours des douleurs aux faces antérieure et postérieure de l'épaule, notamment après des « faux mouvements ». Il déclarait pouvoir soulever au maximum quatre kg sur cette épaule droite. Il conduisait son véhicule sans difficulté, surtout avec la main gauche, sur de petites distances. Il suivait toujours deux séances de physiothérapie par semaine, et un traitement médicamenteux (Tramal en cas de douleurs), mais, précisait-il, de façon quasi quotidienne ; il appliquait toujours les patches de Flector. Sur le plan professionnel il avait exercé la profession de peintre en bâtiment, mais sans CFC. S'agissant de l'examen clinique de l'épaule droite, le Dr O_____ a procédé à des tests de mobilité (abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation externe coude au corps, rotation interne, rotation externe), de la coiffe des rotateurs (susépineux : manœuvre de Jobe ; long chef du biceps brachial : Palm up Test ; sous-scapulaire : Belly press Test), tests de conflit (Yocum, Hawkins et Cross Arm Test), en relevant les résultats de chacun de ceux-ci. Il a noté qu'à la palpation on retrouve une zone douloureuse au niveau de l'omoplate. Pas de déficit sensitivomoteur au niveau du membre supérieur droit. Il a examiné l'imagerie (IRM de l'épaule droite au 7 septembre 2014), en en relevant les résultats caractéristiques. Il a posé enfin le diagnostic de rupture du tendon sus-épineux épaule droite et persistance d'une limitation fonctionnelle après intervention chirurgicale. Quant à l'appréciation du cas, l'assuré a fait une chute de son escabeau, le 17 avril 2013, alors qu'il était en train de peindre un mur d'une hauteur évaluée à 1,50 m. à 2 m., ce qui avait entraîné un impact sur l'épaule droite. Un traitement conservateur avait été instauré dans un premier temps puis, devant l'absence de résultats, une intervention chirurgicale avait été réalisée en novembre 2014. À ce jour l'évolution n'était pas complètement favorable, avec une légère amélioration des amplitudes articulaires par rapport à l'examen antérieur, surtout dans les mouvements de rotation, mais ceux-ci restaient limités. Le cas était stabilisé à ce jour. Actuellement l'ancienne activité de peintre nécessitant d'avoir fréquemment le bras en élévation n'était plus exigible. Dans une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, sans port de charges régulier supérieur à trois kg, sans devoir prendre appui sur le membre supérieur droit, sans mouvements répétés de l'épaule droite au-delà du plan de l'horizontale, sans mouvements répétés de rotation du membre supérieur droit, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière sans baisse de

rendement. 14. Par courrier du 19 janvier 2016, la CNA, se référant à l'entretien avec l'assuré du 5 octobre 2015 ainsi qu'à l'examen de son médecin-conseil, a indiqué à l'intéressé qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 17 avril 2013, selon le service médical, de sorte qu'il était mis fin au paiement des soins médicaux hormis des séances de physiothérapie pendant un an, une consultation tous les deux mois auprès du médecin ou chirurgien traitant, de consultations annuelles avec une série de séances de physiothérapie si nécessaire, et un traitement médicamenteux comportant des patches de Flector et un traitement par Tramal ou paracétamol.!

15. Le SMR s'est prononcé sur le cas, dans un avis du 11 avril 2016: l'atteinte principale à la santé est la persistance de séquelles fonctionnelles en lien avec une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (M75.1) survenue de manière accidentelle le 17 avril 2013. Le début de l'incapacité de travail durable était fixé au 17 avril 2013, à 100 %, persistant à ce jour. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle, mais de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont : pas de port de charges supérieures à cinq kg du côté droit, éviter les mouvements répétés de rotation de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 19 août 2015. Le SMR a résumé l'historique des demandes successives de prestations d'invalidité, en 2009, 2011 et enfin 2013, et l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis le 17 avril 2013. Le SMR s'est référé à l'examen final de la CNA, du 19 août 2015, dont il retient que le cas est stabilisé avec une évolution qui n'est pas totalement favorable; il existe une légère amélioration des amplitudes articulaires par rapport à l'examen réalisé le 28 novembre 2013; la capacité de travail est nulle dans l'activité de peintre, et ce depuis le jour de l'accident. Toutefois dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière. Le SMR s'est ainsi aligné sur les conclusions de la CNA. L'assuré présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 17 avril 2013. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites précédemment, la capacité de travail est entière depuis le 19 août 2015. En conclusion il laissait au service de la réadaptation la mise en place des mesures adéquates.!

16. Par courrier du 14 avril 2016, l'OAI a demandé à l'assuré la production d'une copie des bilans et comptes de pertes et profits (de son entreprise) pour l'année 2015.!

17. En réponse à cette demande, l'assuré a produit la copie du procès-verbal d'interrogatoire de l'office des faillites du 14 juillet 2015 suite à la faillite de la société F_____, prononcée par jugement du 11 juin 2015.!

Le 7 juin 2016, l'OAI a décerné un mandat d'enquête économique pour activité professionnelle indépendante. Le service des enquêtes a établi son rapport le 12 juillet 2016. Quant à l'assuré et à la situation actuelle de l'exploitation, depuis mai 2011 ce dernier s'était mis à son compte avec son frère G_____, fondant la société F_____, sise à Q_____, et ayant pour but tous travaux de peinture intérieure et extérieure, crépi de façade, papiers peints et tous travaux en rapport avec la rénovation et l'entretien de bâtiments. L'assuré effectuait les mêmes activités au sein de l'entreprise R_____. Son frère exerçait également sur les chantiers. L'activité de l'assuré consistait à appliquer les peintures et des vernis sur différents éléments de bâtiments: murs, plafonds, sols, fenêtres volets et boiseries. Il posait également des papiers peints, des tissus, des revêtements muraux. Il s'agissait d'une activité effectuée dans des conditions inconfortables : accroupi, à genoux, en hauteur sur des échelles avec de nombreux déplacements sur terrain accidenté, monter et descendre des escaliers, et qui comprenait de la manutention de charges relativement lourdes: 20 à 25 kg (bidons de peinture, crépi). La partie administrative était gérée par la

filles de l'assuré, le soir ou durant le week-end, les tâches administratives étant réduites. Un ami leur recherchait le travail et fixait les prix, car la société travaillait en sous-traitance. En 2011 l'entreprise avait un ou deux chantiers par mois. Il y avait peu de travail et l'assuré espérait une relance économique. En 2011, il travaillait en demi-journée, de préférence le matin. Son taux d'activité était de 50 % depuis le 7 février 2011. À partir d'août 2012, son frère n'était plus associé, ses pouvoirs avaient été radiés et ses dix parts sociales cédées à l'associé gérant (l'assuré) jusqu'ici président, qui détenait désormais la totalité des parts sociales formant le capital de CHF 20'000.-. La société a été dissoute par suite de faillite prononcée par jugement du Tribunal de première instance du 11 juin 2015. La procédure de faillite a été suspendue faute d'actifs par jugement du 3 août 2015. Sans opposition, la société a été radiée en novembre 2015. Les comptes d'exploitation ne permettent pas de fixer de manière fiable le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré, sans invalidité, dans sa profession de patron d'une entreprise de peinture. Du fait que la société a été constituée en 2011 et que l'atteinte à la santé est survenue en 2013, on peut considérer que la société n'avait pas encore atteint son plein rendement et qu'elle était dans une phase de lancement. Il est dès lors extrêmement difficile de préjuger du revenu hypothétique sans invalidité que l'assuré aurait pu réaliser. D'autre part il semble également que les facteurs conjoncturels et des éléments économiques et organisationnels aient influencé les résultats d'exploitation de l'entreprise. Suite à l'incapacité de travail durable, l'assuré n'a pas été en mesure de reprendre, et de relancer sa société. Ceci a eu pour conséquence une perte nette sur les années 2013 et 2014 avec une faillite prononcée en 2015. Il est avéré qu'au début de leur nouvelle activité, les personnes qui se mettent à leur compte ne réalisent pas les mêmes revenus que des entrepreneurs établis depuis plusieurs années, et qu'elles consentent souvent des sacrifices financiers importants durant cette période. Ainsi l'entreprise de l'assuré n'avait pas encore atteint son plein rendement. A défaut de pouvoir disposer de renseignements concrets et fiables sur le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré sans invalidité, il convient de se référer aux données salariales ressortant de l'ESS. L'enquêtrice a ainsi déterminé le revenu hypothétique sans invalidité en fonction du tableau TA1 skill level 433402, peinture et gypserie sans prédominance homme niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) 2012, déterminant pour l'année 2014 un revenu hypothétique sans invalidité de CHF 65'160.-. Au vu des éléments retenus, (l'assuré n'exerce plus son métier de patron peintre indépendant et celui-ci n'est plus exigible), il y avait lieu d'admettre un préjudice économique total dans son activité habituelle. Il subsistait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 19 août 2015. Il y a donc lieu de prendre le revenu de CHF 65'160.- comme revenu hypothétique sans invalidité. 18. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité en prenant pour base du revenu avec invalidité l'ESS 2014 tableau TA1 tirage skill level, pour un homme, ligne "Total", dans une activité de niveau 1 pour une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures. Actualisé à 2015 au moyen de l'ISS, le revenu annuel est de CHF 66'633.-. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, une réduction de 10 % lui est accordée, déterminant ainsi un revenu avec invalidité de CHF 59'969.-, et un revenu sans invalidité de CHF 65'160.- actualisé à 2015 au moyen de l'ISS, soit un revenu annuel de CHF 65'336.-. La perte de gain entre les revenus sans et avec invalidité s'élevant à CHF 5'367.-, le degré d'invalidité est de 8.21 %.

19. Sur cette base, l'OAI a adressé à l'assuré, par courrier du 18 juillet 2016, un projet d'acceptation de rente avec octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et refus de reclassement; avant la notification de la décision munie des moyens de droit, il lui était loisible d'apporter dans les 30 jours par écrit ou oralement ses objections fondées à

l'encontre des conclusions du projet ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet. ![/endif]>![if> Dans la mesure où l'assuré n'a pas contesté le projet de décision dans le délai prescrit, l'OAI a repris tels quels les éléments du projet de décision, qui seront détaillés ci-dessous, dans la mesure utile, dans le descriptif de la décision finale. 20. Par décision du 4 novembre 2016, l'OAI a accordé à l'assuré une rente simple basée sur un degré d'invalidité de 100 % de CHF 1'947.- par mois pour la période de juillet à décembre 2014, portée à CHF 1'955.- par mois de janvier à novembre 2015. Il a en outre alloué une rente complémentaire simple pour enfant de CHF 779.- par mois pendant la première période susmentionnée, portée à CHF 782.- dès janvier 2015. Le statut d'assuré retenu est celui d'actif à 100 %. Selon le service des indépendants de l'OAI le préjudice économique de l'incapacité totale de travail depuis le 17 avril 2013 doit être considéré comme total. Au vu de la date du dépôt de la demande (8 janvier 2014), les prestations ne peuvent être allouées qu'à partir du 1^{er} juillet 2014. Selon les documents à disposition, à partir du 19 août 2015, l'assuré présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que la rente est limitée dans le temps, soit jusqu'à novembre 2015 inclusivement. Le revenu sans invalidité a été fixé selon les données de l'ESS, à défaut de pouvoir se fonder sur des données fiables. Les données salariales ressortant de l'ESS pour une activité de peinture et gypserie sans prédominance de l'une ou l'autre activité, de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples), Tableau TA1 Skill (peinture intérieure et extérieure des bâtiments combinés avec les travaux de gypserie) détermine un revenu annuel actualisé à 2015 de CHF 65'336.-. S'agissant du revenu avec invalidité, celui-ci est basé sur l'ESS 2014, Tableau TA1 tous secteurs confondus (Total), pour une activité avec des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1); actualisé à 2015 au moyen de l'ISS, le revenu annuel pris en compte est de CHF 66'633.-. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, une réduction de 10 % lui est accordée, réduisant le revenu avec invalidité à CHF 59'969.-. Les autres critères habituellement admis ne permettent pas de réduction supplémentaire. La perte de gain entre les revenus sans et avec invalidité s'élevant à CHF 5'367.-, elle détermine un degré d'invalidité de 8.21 % arrondi à 8 %; inférieur à 20 %, il ne donne droit ni à un reclassement ni à une rente.![endif]>![if> 21. Par courrier recommandé du 5 décembre 2016, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision de l'OAI du 4 novembre 2016. Il conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente au-delà du 30 novembre « 2016 (sic) ». Il continue à avoir des problèmes au niveau de l'épaule droite. Il souffre aussi d'asthme et de diabète ainsi que d'un état dépressif. Il n'est par conséquent pas en mesure d'effectuer un travail adapté tel que décrit par l'intimé.![endif]>![if> 22. L'intimé a répondu au recours par courrier du 21 décembre 2016. Il conclut à son rejet. Le recourant n'allègue aucun fait précis susceptible de remettre en cause la décision attaquée et ne produit aucun document médical à l'appui de son recours. Il n'est ainsi fait mention d'aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions de l'intimé tant sur le plan médical que sur le calcul du taux d'invalidité. La situation médicale du recourant a parfaitement été élucidée et c'est dès lors à bon droit et en pleine connaissance du dossier que l'office lui a reconnu un droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps. Au surplus, au vu du large éventail d'activités existantes, non qualifiées et adaptées aux limitations du recourant, il n'est pas nécessaire de préciser quelles activités il serait capable d'exercer.![endif]>![if> 23. Sur quoi, le 27 février 2017 la chambre des assurances sociales a entendu les parties en comparution personnelle:![endif]>![if> Le recourant a déclaré que s'il n'avait pas contesté le projet de

décision à l'époque, c'est qu'il avait été consulter un avocat qui n'a pas fait son travail en temps utile et après coup, après notification de la décision, il avait recouru le dernier jour du délai. Concernant les motifs de son recours, il a confirmé qu'il continuait à avoir des problèmes au niveau de l'épaule droite. Il avait effectivement subi une première opération par le Dr N_____, aux HUG : certes cela avait entraîné une amélioration de l'état de son épaule, mais il avait quand même encore des douleurs, qui le réveillent parfois la nuit. Sur question, il avait en son temps sollicité de la Dresse D_____ le certificat médical du 17 mai 2016 pour le produire à l'Hospice général. L'assistante sociale lui demandait de quoi il souffrait, raison pour laquelle il avait demandé ce certificat à son médecin. S'agissant du motif d'état dépressif, qu'il invoque dans son recours, il est vrai qu'il n'avait jamais parlé de cela dans la procédure avant son recours. Il avait été consulter le docteur S_____ psychiatre traitant pour la première fois en novembre 2016: c'était en effet le 9 novembre, soit après le dépôt de son recours. La dernière fois qu'il avait été le voir remontait à une quinzaine de jours. La chambre de céans lui faisant observer que les pièces 5 et 7 qu'il produit mentionnent initialement un arrêt de travail pour maladie, et que la croix a été biffée pour être remplacée dans la rubrique accident, il a affirmé que c'était le Dr S_____ lui-même qui s'était trompé et avait immédiatement corrigé à sa demande la raison de l'incapacité de travail. Il souhaitait en effet pouvoir faire valoir cet état dépressif auprès de la CNA. Par rapport à la pièce 3 de son chargé il a confirmé avoir été présenter ce document à la CNA, deux jours après que le Dr S_____ ait apposé l'inscription de la date de la consultation et le degré de l'incapacité de travail. Sur le même document la chambre de céans lui faisant observer que la dernière inscription de la colonne de gauche qui initialement devait être datée du 7 novembre 2016 avait été surchargée avec la mention du 1^{er} décembre 2016 avec une signature qui ne ressemble ni à celle de la Dresse D_____ ni à celle du Dr S_____, et lui posant la question de savoir qui avait corrigé la date, il a expliqué que la Dresse D_____ avait dû fermer temporairement son cabinet et elle l'avait adressé au Docteur T_____, spécialiste FMH en médecine de famille. Il pensait que c'était lui qui avait dû modifier cette date et signer. S'il avait produit sous pièce 6 la convocation aux HUG pour l'infiltration du 20 décembre 2016, c'était pour dire qu'il n'avait pas seulement des douleurs mais qu'il avait très mal. Finalement il avait dû changer ce rendez-vous et le faire reporter au 17 janvier 2017 car il avait autre chose le 20 décembre. La convocation à la CNA pour le 17 janvier 2017 était destinée à ce qu'il puisse prendre possession de copies CD-Rom de son dossier, et également recevoir notification d'une décision de la direction de la CNA à Lucerne. Cette décision, montrée à la chambre de céans, était celle qui fixait son droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de 13%, dont il avait déjà touché le montant en avance en février 2016. La représentante de l'intimé a indiqué que l'OAI avait connaissance de la décision du 12 janvier 2017 de la CNA, cette dernière la lui ayant communiquée récemment. Elle avait pris connaissance des pièces produites par chargé du 30 janvier 2017 par le recourant ; elle ne les avait pas soumises au SMR, car elle se réservait d'interroger le recourant à cette audience-ci. Sur question de l'intimé le recourant a précisé suivre actuellement des traitements médicamenteux, notamment du Tramadol et du Dafalgan. Il ne se souvenait pas du nom du médicament que le Dr S_____ lui avait prescrit mais il était destiné à détendre et à éviter d'avoir beaucoup de stress, et un deuxième pour le faire mieux dormir. Il prenait ces médicaments depuis la première fois qu'il avait consulté le Dr S_____. Le médicament qui atténue le stress lui avait été prescrit dès la deuxième consultation. Il avait tout de suite senti une amélioration : au début cela fatiguait un peu mais après il était bien. Sur question de la chambre de céans

le recourant a précisé que le Dr T_____ n'est pas un psychiatre mais plutôt un généraliste. C'est lui qu'il consultait actuellement deux fois par mois depuis le 24 novembre 2016, en attendant que la Dresse D_____ reprenne du service. Le Dr T_____ s'occupe de l'ensemble de ses problèmes, il contrôle son diabète, etc..., et le Dr N_____, qu'il avait vu pour la dernière fois le 17 janvier pour l'infiltration, le contrôle de temps en temps aussi. Plus exactement, quand il n'a plus de bon de physio, il téléphone à sa secrétaire et passe chercher le bon. S'agissant du Dr S_____, il le voit environ deux fois par mois. Mais désormais, la cadence des entretiens a été réduite à une fois par mois parce que cela va mieux. Les parties n'ayant pas d'autres actes d'instruction à solliciter 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. Le délai de recours est de trente 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. 3. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité non limitée dans le temps, respectivement si la rente limitée qui lui a été accordée du 1 er juillet 2014 au 30 novembre 2015 doit s'étendre au-delà de cette dernière date. 4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387

consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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. 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).

8. 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. 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 au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) 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). 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). 8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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. La comparaison des revenus (art. 16 LPGA) 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). 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). 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'invalidé 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le

cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.4). Il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.5 in fine). Selon la jurisprudence, chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3). Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1). Selon cette méthode, on commence par déterminer, sur la base d'une comparaison des activités, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 1a et p. 257 consid. 2b). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne

de compte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1 et les références citées). Pour savoir si une personne exerce une activité lucrative à titre d'indépendant ou de salarié, il ne faut pas se fonder sur la nature juridique de la relation contractuelle entre les parties (ATF 122 V 169 consid. 3a). C'est la position économique qui est déterminante, autrement dit la réponse à la question de savoir si l'assuré exerce une influence décisive sur la politique commerciale et l'évolution des affaires de l'entreprise. Pour y répondre, il faut tenir compte de sa participation financière, de la composition de la direction de la société et d'autres critères comparables (arrêt du Tribunal fédéral 9C_453/2014 du 17 février 2015). Les dirigeants d'une société anonyme ou d'une société à responsabilité limitée doivent en principe être considérés comme des salariés. Toutefois, si une personne dirigeant une telle société dispose d'une influence déterminante sur celle-ci (par ex. parce qu'elle est la seule à avoir le droit de signature), il est justifié d'évaluer l'invalidité par la méthode utilisée pour les indépendants (par ex. en tenant compte de la moyenne des revenus de plusieurs années ou par une comparaison pondérée des champs d'activité, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_898/2010 du 13 avril 2011). On considère notamment qu'un assuré employé par une société anonyme revêt un statut d'indépendant s'il dispose d'une influence déterminante sur l'entreprise en sa qualité d'actionnaire unique. Comme, de par cette position, il a en outre une influence déterminante sur la répartition des revenus entre salaire et bénéfice, on ne peut pas se baser seulement sur les extraits du compte individuel pour fixer le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_346/2012 du 24 août 2012; CIIAI, ch. 3028.1 et 3028.2). Dans un arrêt du 9 mars 2012, le Tribunal fédéral a estimé que la méthode extraordinaire s'appliquait à un assuré, directeur et administrateur unique d'une société anonyme, dont il était actionnaire minoritaire. La méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité (dite de comparaison des revenus) n'était à l'évidence pas appropriée pour appréhender convenablement la situation de l'assuré. Le Tribunal fédéral a rappelé que l'assurance-invalidité a pour but d'atténuer au mieux les effets préjudiciables de l'invalidité sur la capacité de gain de la personne assurée. Elle accorde de ce fait une importance primordiale à la diminution objective de la capacité de gain. Les salaires déclarés auprès de la caisse de compensation par la société anonyme ne pouvaient refléter objectivement et de manière fiable la diminution de la capacité de gain subie par l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_548/2011 consid. 4.3 concernant l'ATAS/558/2011). 9. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).!> Lorsque'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il

est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGa) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). 10. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 11. Aux termes de l'art. 88 a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 12. 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). 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). 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de relever que la contestation du recourant ne porte pas sur la méthode utilisée par l'intimé pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, et ainsi la comparaison des revenus permettant de déterminer le taux d'invalidité retenu dans la décision entreprise, pour la période postérieure au 30 novembre 2015 n'est pas contestée. A toutes fins utiles, la chambre de céans retient que la méthode utilisée est conforme aux dispositions légales applicables ainsi qu'à la jurisprudence, de sorte que de ce point de vue, la décision entreprise n'est pas critiquable.

15. Dans son recours, l'assuré s'est borné à critiquer la décision entreprise, du 4 novembre 2016, en tant qu'elle lui refuse tout droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2015, au motif qu'il continue à avoir des problèmes au niveau de l'épaule droite, relevant qu'il souffre aussi d'asthme et de diabète ainsi que d'un état dépressif, le tout l'empêchant d'effectuer un travail adapté tel que décrit par l'OAI.

Si initialement, l'intéressé n'a produit aucun document médical susceptible d'étayer ses affirmations, il a produit, ultérieurement, soit le 30 janvier 2017, un bordereau de dix pièces dont il convient dans un premier temps de déterminer la pertinence sinon la valeur probante: - pièce 1: certificat médical du département de chirurgie des HUG du 15 juin 2015, qui se résume à indiquer que la capacité de travail de l'intéressé est nulle dès cette date, à réévaluer à fin août 2015. Ce document n'est pas motivé, mais surtout il concerne une période pour laquelle en définitive l'OAI a reconnu une pleine incapacité de travail et a alloué une rente invalidité, jusqu'au 30 novembre 2015. Cette pièce n'a aucune pertinence par rapport à l'objet du litige, et n'a aucune valeur probante, a fortiori pour la période postérieure au 30 novembre 2015. Il en va de même de la pièce 2, qui n'est qu'une lettre de convocation au service de chirurgie des HUG, au 27 août 2015, en vue de la réévaluation mentionnée dans le document précédent.

- Pièce 3 : la feuille accident LAA produite, qui concerne effectivement l'accident du

17 avril 2013, fait état d'une incapacité totale de travail apparemment dès janvier 2016, régulièrement prolongée, jusqu'en octobre par le médecin-traitant, puis, une fois par le psychiatre consulté le 9 novembre 2016, ainsi qu'une autre inscription de prochain rendez-vous au 1^{er} décembre 2016, vraisemblablement, selon les explications de l'intéressé en audience de comparution personnelle, par le Dr T_____, qui remplaçait le médecin traitant, temporairement suspendu. Outre le fait que l'incapacité de travail durable résultant des prolongations successives n'est nullement motivée, les deux dernières, postérieures au dépôt du recours, ne le sont pas davantage. S'agissant de l'incapacité mentionnée par le Dr S_____, que le recourant a indiqué avoir consulté le 9 novembre 2016 pour la première fois, soit après le dépôt du recours, ce document n'explique pas en quoi se justifierait la soudaine apparition d'une incapacité totale de travail, pour des raisons psychiatriques, des suites de l'accident du 17 avril 2013. Il faut également relever que cette pièce doit être mise en relation avec les pièces 5 et 7 produites par le recourant : entendu par la chambre de céans, et questionné au sujet de l'endroit où a été mentionné cette incapacité de travail - a priori après l'inscription portant la date du 1^{er} décembre 2016 -, ce dernier a indiqué que sur les arrêts de travail (pièces 5 datée du 9 novembre 2016 et 7 datée du 7 décembre 2016) signés par le psychiatre traitant - qui mentionnaient initialement un arrêt de travail pour maladie, la croix ayant été biffée pour être remplacée par celle désignant l' accident - le Dr S_____ s'était trompé et avait immédiatement corrigé à la demande du patient la raison de l'incapacité de travail. Le recourant précise : « je souhaitais en effet pouvoir faire valoir cet état dépressif auprès de la SUVA.» Et, en relation avec la pièce 3, il confirme avoir été présenter ce document à la CNA deux jours après que son médecin ait apposé l'inscription de la date de la consultation et du degré de l'incapacité de travail. La chambre de céans observe à cet égard que si l'inscription sur la pièce 3 mentionnait la date de la consultation, elle ne précise pas à quelle date celle-ci a été apposée. Au vu des explications du recourant, il apparaît dès lors, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'inscription litigieuse a été faite en décembre, après l'inscription du Dr T_____. En effet, il paraît peu vraisemblable que le psychiatre traitant se soit trompé, par deux fois à un mois d'intervalle, en établissant ces arrêts de travail, et au vu des explications données par le recourant, il apparaît plutôt que les deux certificats ont selon toute vraisemblance été corrigés en même temps, et à la demande du patient pour les raisons qu'il a mentionnées, soit très vraisemblablement, lors de l'établissement du deuxième certificat (7 décembre 2016), ce qui expliquerait pourquoi l'inscription du psychiatre pour novembre est placée après l'inscription relative à une consultation de médecine générale en décembre.!

- Dans le même ordre d'idées, le certificat médical établi le 10 janvier 2017 par le psychiatre traitant (pièce 10) ne saurait pas non plus se voir reconnaître de valeur probante: à la forme déjà, ce document, établi sur trois feuillets d'ordonnance médicale successifs, a manifestement été rédigé à la hâte, à la demande de l'intéressé; et sur le fond, il ne saurait convaincre. Non seulement il est très largement incomplet, ne pouvant en cela répondre aux réquisits jurisprudentiels pour pouvoir admettre la valeur probante d'un document médical. Il ne comporte pas de véritable anamnèse, ne fait que reporter les indications du patient, sans la moindre analyse critique, approche paraissant indispensable dans ce contexte, l'intéressé n'ayant consulté le psychiatre que le 9 novembre 2016 d'une part, et le médecin faisant remonter la description (par le patient) d'une symptomatologie qui serait apparue un an auparavant, soit au début 2016 (soit près de 3 ans après une chute d'un escabeau, de faible hauteur), et qui aurait évolué depuis lors. Il n'explique pas non plus pourquoi - alors qu'il n'a vu le patient pour la première fois que le 9 novembre 2016 -, il fixe le début de

l'arrêt de travail à 100 % au 3 novembre 2016, date qui ne s'explique a priori qu'en fonction de celle de la décision entreprise (4 novembre 2016), pour que l'incapacité de travail paraisse antérieure à la décision querellée.![endif]>![if> - S'agissant de la pièce 6, soit une convocation au service de radiologie des HUG du 1^{er} décembre 2016, pour un rendez-vous le 20 décembre 2016: ce document ne permet évidemment pas de tirer la moindre conclusion par rapport à l'état de santé du recourant. Elle mentionne que ce rendez-vous était destiné à un examen de ponction ou d'infiltration ostéo-articulaire sous imagerie ultrasonore. Interrogé par la chambre de céans sur les raisons de la production de ce document, le recourant a expliqué que cette pièce était destinée à montrer qu'il n'avait pas seulement des douleurs mais qu'il avait très mal. Mais il a ensuite précisé que finalement il avait dû changer le rendez-vous et le faire reporter au 17 janvier 2017 car il avait autre chose le 20 décembre.![endif]>![if> Mais il a aussi déclaré en comparution personnelle que l'opération qu'il avait subie aux HUG avait certes entraîné une amélioration de l'état de son épaule, ajoutant (...) : « mais j'ai quand même encore des douleurs, qui me réveillent parfois la nuit. » - Quant à la pièce 8, une confirmation de rendez-vous à l'agence de la CNA Genève le 17 janvier 2017, le recourant a précisé que l'objet de ce rendez-vous était qu'il puisse prendre possession de la copie de son dossier d'accident sur support électronique, et pour recevoir notification de la décision fixant son droit à l'IPAI dont il avait touché le montant en avance en février 2016.![endif]>![if> - S'agissant enfin de la pièce 4, soit un certificat médical du médecin-traitant du 17 mai 2016, la Dresse D_____ indique que l'intéressé était en traitement pour maladie auprès d'elle dès le 18 janvier 1995, et encore actuellement. Il souffrait de nombreuses pathologies notamment d'un diabète de type II. Elle mentionne en tout et pour tout que l'état de santé nécessite des traitements médicamenteux de façon continue, le patient devant suivre un régime spécial tout au long de l'année. Ce document, très sommaire, - établi à la demande du patient - n'évoque aucune incapacité de travail pour une quelconque affection, et ne décrit aucune limitation fonctionnelle. Mieux, il n'évoque pas même l'état de santé sous l'angle de l'accident de 2013. Interrogé à ce sujet par la chambre de céans, le recourant a expliqué qu'il avait sollicité ce certificat médical de son médecin-traitant pour le produire à l'hospice général, car son assistante sociale lui demandait de quoi il souffrait.![endif]>![if> Il résulte ainsi de l'analyse des documents médicaux produits à l'appui du recours, qu'aucun d'entre eux ne peut se voir reconnaître de valeur probante, ceux-ci n'apportant d'ailleurs aucun éclairage susceptible de soutenir l'argumentation développée par le recourant, pour ce qui est en tout cas d'étayer le grief selon lequel, contrairement aux conclusions de l'intimé, les affections dont il souffre (asthme, diabète ou état dépressif) n'auraient pas été prises en compte par l'intimé dans son appréciation essentiellement fondée sur les conclusions du rapport final du médecin d'arrondissement de la CNA du 19 août 2015. S'agissant de l'asthme et du diabète, ces affections ont déjà été évoquées lors de précédentes instructions pour demande de prestations OAI, mais aucun document médical de l'époque, et encore moins dans le cadre de cette troisième demande de prestations d'invalidité consécutive à l'accident du 17 avril 2013 ne retient la moindre incapacité de travail par rapport à ces affections, y compris l'asthme, que le médecin-traitant n'a jamais considéré comme incapacitant, les médecins consultés (généralistes et spécialistes) s'étant bornés à conseiller au patient de porter un masque protecteur lors de l'utilisation de peintures, respectivement de cesser la consommation de cigarettes. Quant à l'aspect psychique ou psychiatrique, il ne saurait entrer en ligne de compte dans le présent recours, le recourant ayant lui-même admis n'avoir été consulter un psychiatre que postérieurement au dépôt du recours, de sorte qu'en tout état,

à supposer - ce qui n'est de loin pas établi - que l'on doive considérer que postérieurement à la décision entreprise, l'état de santé du recourant se soit aggravé sur le plan psychique, il lui appartiendrait alors de déposer une nouvelle demande. De fait, au vu de la chronologie et des explications données par le recourant, la chambre de céans retient au degré de vraisemblance prépondérante que les démarches entreprises auprès d'un spécialiste en psychiatrie relèvent d'une réaction à la décision de l'intimé, limitant la période pour laquelle une rente lui a été reconnue, respectivement des décisions rendues par l'assureur-accidents, plutôt que d'une réelle aggravation de son état de santé. En effet, selon ses propres déclarations, les médicaments prescrits par le psychiatre, dès la première consultation, voire dès la seconde en ce qui concerne l'atténuation du stress, il a tout de suite senti une amélioration, observant : « au début cela fatigue un peu, mais après on est bien. ». Au vu de ce qui précède, il apparaît inutile de soumettre formellement ces documents au SMR, dont l'avis ne modifierait en rien l'issue du litige (appréciation anticipée des preuves). 16. Reste à examiner la question de la persistance de « problèmes au niveau de l'épaule droite », invoquée par le recourant.!

La chambre de céans observe tout d'abord que l'intéressé n'a produit aucune pièce médicale susceptible de remettre en cause, voire de soulever des doutes au sujet de l'avis du SMR sur lequel l'intimé s'est fondé pour rendre la décision entreprise. Dans ces conditions, et en l'absence de toute critique d'un médecin par rapport aux conclusions du SMR respectivement du rapport final du Dr O _____, sur lequel le SMR s'est essentiellement fondé, en vertu du principe de la maxime inquisitoire, applicable en matière d'assurances sociales, il y a néanmoins lieu de déterminer si l'avis médical du SMR du 11 avril 2016, respectivement de l'examen final du Dr O _____, peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 109 V 23 , ATF 106 V 88 consid. 2b, ATF 105 V 207 consid. 2, ATF 98 V 169 consid. 2; cf. aussi ATF 113 V 144). Ce principe est aujourd'hui consacré dans la loi, l'art. 8 al. 1 LPGA stipulant qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain total ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Dans la mesure où le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA s'est précisément prononcé sur ces notions, il était pertinent de la part du SMR de s'y référer. Comme rappelé ci-dessus, le rapport du SMR, au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) 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. Ainsi, le SMR, dans son avis du 11 avril 2016 a retenu que l'atteinte principale à la santé est la persistance de séquelles fonctionnelles en lien avec une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, survenue de manière accidentelle le 17 avril 2013. Il a retenu que l'incapacité de travail existait dès le 17 avril 2013, que la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment, mais en revanche de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il a retenues, soit : pas de port de charges supérieures à 5 kg du côté droit,

éviter les mouvements répétés de rotation de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale. Il a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au 19 août 2015, date de l'examen final du médecin de la CNA, reprenant ses conclusions à son compte. Si le SMR s'est principalement fondé sur ce rapport d'examen final, c'est précisément parce que ce dernier était essentiellement consacré à l'état de santé actuel résultant de l'accident du 17 avril 2013. Il s'était également fondé sur les rapports médicaux du médecin-traitant généraliste ainsi que sur les rapports médicaux du Dr M_____, spécialiste. Le SMR ne s'est d'ailleurs pas limité aux seuls examens des éléments ressortant de la demande de prestations d'invalidité en cours (en raison de l'accident du 17 avril 2013), mais il a également fait référence aux deux précédentes demandes, dont il a rappelé les éléments caractéristiques sur le plan médical et le résultat. Quant au rapport d'examen final du Dr O_____, il peut se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens des exigences posées par la jurisprudence. Il doit se comprendre également en fonction des précédents examens de ce médecin, notamment de celui de novembre 2013, par rapport auquel il a noté une légère amélioration des amplitudes articulaires, en particulier après l'intervention chirurgicale pratiquée le 28 novembre 2014 aux HUG. Le médecin de l'assurance-accidents a néanmoins retenu que l'évolution du cas n'est pas totalement favorable, retenant notamment la persistance de limitations fonctionnelles qui conduisent à la conclusion que la capacité de travailler est nulle dans l'activité de peintre, et ce depuis le jour de l'accident. En revanche, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail entière. Ce rapport d'examen est fondé sur une pleine connaissance du dossier, dont l'examineur a rappelé l'évolution, visant notamment les différents rapports médicaux versés au dossier. Il a tenu compte des plaintes de l'assuré, relevé certains éléments anamnestiques, se référant pour le surplus à son rapport précédent pour le détail de l'anamnèse. Il a procédé lui-même à l'examen de l'assuré, et a pu ainsi poser des constatations objectives, sur la base des tests et examens auxquels il a procédé. Il a également tenu compte des documents d'imagerie à disposition. Il a posé le diagnostic de rupture du tendon susépineux de l'épaule droite, et persistance d'une limitation fonctionnelle après intervention chirurgicale. Il a enfin brièvement discuté du cas, en posant ainsi son appréciation qui apparaît objective et convaincante. A l'inverse, les objections de l'assuré dans son recours ne permettent pas de jeter le moindre doute par rapport aux avis exprimés par les médecins des assureurs sociaux. Il indique dans son recours « continuer à avoir des problèmes au niveau de l'épaule droite ». Il n'y a là aucun élément nouveau ni la moindre discordance avec les constatations du Dr O_____, lesquelles sont d'ailleurs conformes aux propres conclusions des médecins traitants, des spécialistes, le Dr M_____ et les médecins du service de chirurgie orthopédique des HUG, et implicitement d'ailleurs du médecin-traitant généraliste qui, sous cet aspect, ne fait que rapporter les conclusions de ses confrères spécialistes. On relèvera d'ailleurs au sujet du Dr M_____ qu'hormis le fait - que personne ne conteste - que selon lui la pratique du métier de peintre en bâtiment n'est plus possible pour le recourant, il considère lui aussi qu'il n'en va pas de même pour une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, il recommandait lui-même une reconversion professionnelle pour son patient, avec le concours des assureurs sociaux notamment de l'OAI. C'est donc bien qu'il n'a jamais douté de la capacité résiduelle de travail de son patient, dans une activité adaptée. Ainsi le SMR était-il fondé à se baser sur le rapport d'examen final du médecin de la CNA, et pour en reprendre les conclusions à son compte. Il apparaît donc que l'avis du service médical de l'intimé est exempt de critiques, et peut lui aussi se voir reconnaître une pleine valeur probante. On observera d'ailleurs au passage, que dans la suite logique de ses

conclusions quant au degré d'invalidité retenu, 8 %, l'OAI a nié le droit du recourant à pouvoir bénéficier de mesures professionnelles et en particulier d'un reclassement, vu le taux d'invalidité inférieur à 20 %, ce qui est conforme à la pratique et à la jurisprudence. Du reste, le recourant ne l'a pas remis en cause. C'est tout de même le lieu de lui rappeler son obligation de réduire le dommage, et le devoir général de l'assuré de consacrer personnellement les efforts nécessaires à rechercher une nouvelle activité, pour mettre à profit sa capacité de travail résiduelle, et partant sa capacité de gain. Dans le cas particulier, aucun élément du dossier ne montre que le recourant ait entrepris la moindre démarche personnelle pour retrouver un travail adapté à ses possibilités, quand bien même il avait à un moment donné marqué un intérêt pour la décoration d'intérieur. 17. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours est en tout point mal fondé. Il sera donc rejeté. 18. 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.