

GE_GERICHTE A/4315/2015 vom 22. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4315_2015

FR: GE_GERICHTE A/4315/2015 du 22 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/4315/2015 del 22 dicembre 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.12.2016 A/4315/2015

A/4315/2015 ATAS/1103/2016 du 22.12.2016 (AI) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4315/2015 ATAS/1103/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22 décembre 2016 10 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENÈVE 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 _____ 1959, divorcé, français, titulaire d'un permis d'établissement, domicilié à Genève, a travaillé comme chef comptable et responsable informatique auprès de C_____ (Swiss) Ltd, du 1 er décembre 2004 au 30 novembre 2009, et était à ce titre assuré contre la perte de gain auprès de la Nationale Suisse (ci-après : la Nationale ou l'assureur perte de gain), laquelle a versé des indemnités journalières à 100 % dès le 27 septembre 2009 (après un délai d'attente de trente jours) jusqu'au 31 mai 2011, date à laquelle l'assureur perte de gain a mis fin à ses prestations. L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 21 mars 2011, pour maladie, soit en raison d'une épaule droite bloquée depuis août 2009, et suite à une opération du cœur en novembre 2009. Il était totalement incapable de travailler dès le 28 août 2009. Il était suivi par des médecins traitants en France voisine, ayant temporairement résidé chez sa mère, suite à son divorce, prononcé par le Tribunal de première instance de Genève le 28 mai 2009. 2. L'OAI a sollicité la copie du dossier de l'assureur perte de gain, lequel comporte un certain nombre de documents médicaux dès 2009. Leur contenu sera évoqué, dans la mesure utile, ultérieurement. 3. Le 27 mai 2011, le docteur D_____, spécialiste en médecine générale à Reignier/F, a établi un rapport médical initial à l'intention de l'OAI : il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de pathologie de la coiffe épaule droite dès août 2009, le patient était en traitement ambulatoire auprès de lui d'août 2009 à ce jour, le dernier contrôle remontant au 29 avril 2011. Depuis octobre 2009 il était également suivi par la doctoresse E_____, rhumatologue à Bonneville, et par le docteur F_____, spécialiste en cardiologie au Service de radiologie du pôle de médecine interne d'Annemasse. Il a indiqué, à titre de renseignements anamnestiques, une pathologie douloureuse de la coiffe de l'épaule droite et une pathologie coronaire intercurrente. Les symptômes actuels étaient un status sur le plan cardiologique et une impotence douloureuse persistante de l'épaule droite. Le pronostic dépendait de l'évolution et des résultats d'examen. Il était actuellement sous traitement médicamenteux, les recommandations pour la future thérapie consistaient en traitement sous forme de mésothérapie et kinésithérapie à voir après scintigraphie prescrite par le rhumatologue. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 28 août 2009, les restrictions

physiques étant l'impossibilité d'utiliser le membre supérieur droit. Du point de vue médical l'activité exercée habituellement n'était plus exigible, le rendement étant réduit à 100 %. Les restrictions énumérées pouvaient être réduites selon résultat exploratoire et traitements adaptés. Dans l'état actuel on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Un bilan rhumatologique et d'imagerie était en cours. Dans le questionnaire annexe, relatif aux limitations dans le cadre d'une activité adaptée, il excluait les activités uniquement en position assise, uniquement en position debout ou avec les bras au-dessus de la tête, ou qui impliquent de soulever ou de porter des charges, ou de monter sur une échelle ou un échafaudage. Les autres types d'activité comme celles impliquant différentes positions, la marche, se pencher, être à genoux, ou en alternance assis/debout, ou monter les escaliers étaient possible, les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que de résistance n'étant pas limitées, dite information étant valable dès le mois d'août 2009.!

4. Le 14 juin 2011, l'employeur a retourné à l'OAI le questionnaire usuel, précisant que le contrat de travail avait été résilié par l'employeur, pour des raisons économiques ; le dernier jour de travail effectif ayant eu lieu le 27 août 2009. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 42 heures 30 par semaine à raison de 8h30 par jour; avant l'atteinte à la santé, l'horaire de travail de l'assuré correspondait à 100 % dans l'entreprise. Son salaire actuel annuel serait de CHF 145'000.-. L'activité de l'assuré avant l'atteinte à la santé en tant que chef comptable consistait en un travail sur l'ordinateur, la préparation des écritures, le compte de la caisse, la participation aux réunions et le classement des documents.!

5. Le 17 août 2011, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure d'intervention précoce ou d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient indiquées.!

6. Le 18 janvier 2012, l'Hospice général a indiqué à l'OAI qu'il fournissait une aide financière à l'assuré sous forme d'avances dès le 1 er décembre 2011.!

7. Le 20 février 2012, le Dr D_____ a établi un rapport médical intermédiaire aux termes duquel l'état de santé était stationnaire depuis le rapport du 27 mai 2011. Le dernier examen médical remontait au 27 janvier 2012. Pour le détail, il a remarqué que l'évolution de l'état de santé était stagnante, avec une amélioration sur le plan cardiologique depuis le 10 novembre 2009, mais pas en ce qui concerne l'épaule droite. La capacité de travail était toujours de 0 % dans le poste occupé en tant que chef comptable, ne se prononçant pas pour ce qui était d'une autre activité adaptée. La compliance est optimale et il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Les dernières consultations remontaient respectivement au 27 décembre 2011 et 27 janvier 2012. Le traitement actuel était d'ordre médicamenteux. Aucune prise en charge psychiatrique ne se justifiait. Une reprise de travail n'était pas possible actuellement, à voir selon évolution. Quant à un examen médical complémentaire, nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, un arthroscanner était en suspens.!

8. Pour le surplus, le médecin traitant a régulièrement prolongé les certificats d'incapacité totale de travail. 8. Le 27 février 2012, l'OAI a reçu copie de deux rapports médicaux du Dr F_____ au médecin traitant, respectivement datés des 5 janvier 2010 et 18 novembre 2011:!

- Il notait, le 5 janvier 2010, qu'il revoyait de façon prématurée le patient, chez qui il avait eu l'occasion de traiter une sténose serrée de l'IVA moyenne avec mise en place d'un stent actif, le 10 novembre précédent. Le patient allait parfaitement bien mais posait un problème au niveau de son épaule droite, le médecin traitant suspectant apparemment une capsulite. Le médecin traitant avait prévu un arthroscanner, mais l'hôpital d'Ambilly refusait de faire cet examen sous Plavix, probablement en raison du risque d'hématome intra articulaire. Le

cardiologue s'opposait à l'arrêt temporaire de Plavix avec un relais par HBPM, en raison du risque important de thrombose de stent en cas d'arrêt du Plavix. Il suggérait qu'une IRM pourrait répondre à la question;![endif]>![if> - Le 18 novembre 2011, il revoyait le patient, rappelant qu'il s'agit d'un patient diabétique qu'il avait eu l'occasion de dilater et stenter sur l'IVA en novembre 2009 avec mise en place d'un stent actif. Depuis lors il n'a jamais représenté d'angor. Il n'a d'ailleurs pas reconsulté depuis. Son bilan lipidique est semble-t-il parfait, d'après le patient. Son traitement actuel se compose de Pravadual, Plavix et Conversyl 5mg. L'examen clinique du jour est sans grandes particularités mis à part des chiffres tensionnels un peu élevés à 17/9. L'ECG s'inscrit en rythme sinusal sans anomalie. Un coup d'œil en échoscopie retrouve un excellent ventricule gauche. En conclusion l'examen cardiologique est tout à fait rassurant avec des facteurs de risque a priori contrôlés, mais peut-être pas au niveau tensionnel. Il a augmenté la dose de Conversyl à 10 mg et supprimé le Plavix, à plus de 2 ans de la mise en place du stent actif. Il n'a pas programmé d'examens complémentaires cette année.![endif]>![if> 9. Le 21 décembre 2012, le Dr D_____ a confirmé que l'état de santé de son patient était stationnaire depuis le 20 février 2012. Le dernier examen médical remontait au 28 novembre 2012. Dans le détail, l'état de santé était stabilisé sur le plan cardiologique et toujours invalidant pour l'épaule droite.![endif]>![if> 10. Le 24 avril 2013, le Dr D_____ a confirmé l'état stationnaire de son patient. Il n'y avait pas de modification, l'état algique ayant nécessité une majoration du traitement antalgique. L'arthroscanner avait finalement été récusé en raison du traitement de Pravadual en cours. ![endif]>![if> 11. En réponse à une demande de l'OAI, la doctoresse G_____, médecin généraliste collaboratrice ayant succédé au Dr D_____, a indiqué à l'office que le patient était suivi en chirurgie orthopédique aux HUG. Elle n'avait aucun résultat d'examens en dehors de l'IRM de l'épaule droite du 23 avril 2010 dont elle annexait une copie. Le rapport d'examen établi par le Docteur H_____, du service d'imagerie médicale de l'hôpital d'Annemasse concluait à une tendinopathie du sus-épineux sans signe de rupture ni fissurations évidentes sous réserve d'un examen non contrasté.![endif]>![if> 12. Le 24 février 2014, le Docteur I_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a rempli un rapport/questionnaire adressé à l'OAI : le patient est en incapacité de travail à 100 % dès le 10 août 2013, en cours, pour cause d'accident, lésion du Lisfranc du pied gauche, traitée ambulairement du 16 au 20 août 2013, le dernier contrôle remontant au 17 novembre 2013. Sur le plan anamnestique, il note des douleurs, et quant à ses constatations, il relève « S/P opératoire ok », la nature et l'importance du traitement actuel consistant en une opération prévue (AMO). Sur le plan des symptômes et limitations, la marche et la station debout sont difficiles. On peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Dans le questionnaire spécifique, s'agissant des limitations dans le cadre d'une activité adaptée, il ne retient comme contre-indication que les activités uniquement en position debout et celles exercées principalement en marchant.![endif]>![if> 13. Il ressort du compte-rendu opératoire pratiqué par le Dr I_____ le 24 mars 2014 le diagnostic de fracture-luxation du Lisfranc gauche homolatéral, l'intervention ayant consisté dans l'ORIF du Lisfranc gauche.![endif]>![if> 14. Il ressort d'un rapport enregistré par l'OAI le 4 août 2014, émanant de la doctoresse J_____, médecin généraliste, collaboratrice du docteur K_____ à Reignier/France, mais signé par la doctoresse P_____, médecin remplaçant, au sujet des suites de la fracture-luxation du Lisfranc gauche survenue le 31 juillet 2013, que l'assuré est en traitement ambulatoire auprès de ce médecin depuis le 30 janvier 2014, en cours au 29

juillet 2014. Il observe à l'anamnèse une limitation de la mobilité du pied avec œdème post chirurgie douloureux, traité par physiothérapie; adhérences cicatricielles avec raideur des trois premiers orteils gauches; séquelles probables, cicatrisation longue supérieure à six mois. Le traitement actuel consiste en physiothérapie et médicaments morphiniques. Le médecin retient une limitation physique liée à la douleur du pied et une limitation d'ordre psychique liée aux morphiniques. Dans le questionnaire annexe concernant les travaux pouvant être exigés dans le cadre d'activités adaptées, le médecin exclut tous les types d'activité proposés, et retient que les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance sont toutes limitées par une manifestation de somnolence liée à la prise de morphiniques. Le patient n'est pas apte à se déplacer.![endif]>![if> 15. Le 1^{er} septembre 2014, en réponse à un courrier de l'OAI questionnant la Dresse J____, en relation avec le rapport médical susmentionné - lequel n'évoquait pas la problématique de l'épaule droite, objet de la demande de prestations d'invalidité -, la Dresse G____ a indiqué que cette dernière pathologie est toujours présente, avec la persistance de la capsulite rétractile douloureuse entraînant, comme limitation fonctionnelle, une épaule gelée et une incapacité de travail à 100 % dans son activité habituelle de chef-comptable.![endif]>![if> 16. De son côté, le Dr I____ a indiqué dans un rapport intermédiaire à l'OAI, le 19 septembre 2014, que l'état de santé du patient, en relation avec le status post lésion du Lisfranc gauche s'était améliorée. Le traitement était terminé le 21 mai 2014.![endif]>![if> 17. Le 30 mars 2015, la Dresse J____ a adressé un courrier, sans précision de destinataire, mais enregistré par l'OAI le 1^{er} juin 2015 : elle indique voir, le jour même, le patient qui, depuis 2009, ne peut plus exercer son activité professionnelle de comptable dans une banque suisse, ceci en raison de deux atteintes articulaires, soit une capsulite rétractile douloureuse de l'épaule droite (2009), et une fracture du Lisfranc au niveau du pied gauche (août 2013). Elle remarque que « la demande d'AI a été faite en mars 2011, et avec le patient, elle est étonnée qu'il n'ait pas été convoqué pour l'étude de son dossier ». Étaient annexées à ce courrier une attestation de prolongation d'incapacité de travail à 100 % pour maladie.![endif]>![if> 18. Le 3 juin 2015, le service médical régional Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), soit les doctoresses L____ et M____, ont émis un avis dont il ressort que l'assuré, âgé de 56 ans, comptable dans une banque, en incapacité de travail depuis le 28 août 2009, pour tendinopathie de l'épaule droite, a présenté par la suite un infarctus en novembre 2009 ayant nécessité la mise en place d'un stent actif sur l'IVA le 10 novembre 2009 et une fracture du Lisfranc du pied gauche ostéosynthésé le 17 août 2013. Sur l'épaule droite : selon les médecins traitants la capacité de travail est nulle dans toute activité en raison des douleurs importantes depuis le 28 août 2009. Un examen médical à la demande de l'assureur perte de gain, réalisée par le Dr N____, spécialiste en médecine interne, le 14 septembre 2010, conclut que la capacité de travail est nulle car au moment de l'examen il y avait une récurrence des douleurs thoraciques selon l'assuré, pour lesquelles il préconise de nouvelles investigations cardiaques. Pour l'épaule il préconisait des investigations rhumatologiques ciblées par exemple à l'hôpital de Beau-Séjour, lesquelles selon les informations à disposition du SMR n'ont jamais eu lieu. Sur le plan cardiaque le traitement est terminé depuis le 5 janvier 2010 selon le cardiologue traitant (Dr F____). De plus, ce dernier indique dans une lettre du 18 novembre 2011 que l'assuré n'a jamais présenté de douleurs thoraciques et n'a pas consulté depuis la dernière consultation; l'examen cardiologique est tout à fait rassurant. Sur le plan orthopédique, et selon le Dr I____, le traitement est terminé depuis le 21 mai 2014. En conclusion, les atteintes cardiaque et orthopédique sont stabilisées et n'entraînent plus d'incapacité de travail. Chacune a entraîné

une incapacité de travail de moins d'une année du 10 novembre 2009 au 5 janvier 2010 pour l'atteinte cardiaque et du 17 août 2013 au 21 mai 2014 pour l'atteinte orthopédique. Sur le plan rhumatologique et de l'épaule, en principe l'activité habituelle de l'assuré est une activité tout à fait adaptée à son atteinte, puisqu'elle ne comporte pas de port de charges, de position des bras au-dessus de la tête et de monter sur une échelle ou un échafaudage. En conséquence afin de déterminer l'atteinte qui justifie cette incapacité de travail qui perdure et la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ces médecins proposent un examen SMR ou une expertise rhumatologique.!

19. Le 29 juillet 2015, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique SMR par le docteur O____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, lequel a établi un rapport le 17 août 2015, dont il faut retenir ce qui suit.!

Après avoir posé le contexte du dossier, et les motifs qui ont conduit à cet examen, le Dr O____ a dressé, en guise de résumé du dossier, l'inventaire et le contenu des principales pièces médicales y figurant, parmi lesquelles les documents émanant de l'assureur perte de gain : - Les certificats médicaux du Dr D_____ qui, en date du 4/12/2009 pose le diagnostic ostéoarticulaire incapacitant de capsulite de l'épaule droite, reprise de poussées inflammatoires déjà traitées en 2005. Incapacité de travail à 100 % depuis le 28/8/2009, et qui le 21/6/2010 indique une impotence douloureuse de l'épaule droite évoquant une capsulite. L'IRM du 23/4/2010 montre une tendinopathie du sus-épineux. Il remarque que le diagnostic et le traitement de l'épaule ont été entravés par le traitement de l'état cardiaque.!

- Le rapport de consultation du 14 septembre 2010 du Dr N____, adressé au médecin-conseil de la Nationale, concluant que le patient présentait une symptomatologie algique de l'épaule droite depuis le début de l'année 2009, dont l'étiologie reste peu claire ; capacité professionnelle actuellement à considérer comme nulle; des investigations cardiologiques doivent être diligentées rapidement; investigations rhumatologiques à mettre sur pied.!

- Rapport du Dr D_____ du 6/02/2011 à la Nationale, signalant une impotence douloureuse de l'épaule droite. L'état algique s'est amélioré depuis la mise sous antalgiques III. Incapacité de travail toujours à 100 %.!

Sont encore évoqués et résumés les principaux documents médicaux ainsi que le rapport de l'employeur, adressés à l'OAI. L'examinateur a consigné les éléments détaillés de l'anamnèse, familiale, professionnelle, médicale, et actuelle du patient, dans ses habitudes et sa vie quotidienne, de même que sur le plan psychosocial. Il a retenu ensuite les éléments détaillés du status général, neurologique, ostéoarticulaire, et pris en compte le dossier radiologique. Il a posé le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de douleurs à l'épaule droite dans le cadre d'une possible capsulite rétractile actuellement au décours et d'une tendinopathie du sus-épineux, et le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de status après fracture-luxation du Lisfranc du pied gauche. Il a ensuite consigné son appréciation du cas, confrontant les divers documents médicaux entre eux et en fonction de ses propres constatations, expliquant clairement les raisons qui l'amènent au besoin à écarter l'appréciation de certains médecins traitants, en particulier celles des Dresses G_____, en ce qui concerne la présence d'une « épaule gelée » et J_____, en ce qui concerne les diagnostics incapacitants qu'elle retient dans son rapport du 30 mars 2015, de capsulite rétractile et de fracture de Lisfranc. L'examinateur observe d'autre part que l'examen clinique de ce jour ne met pas en évidence d'élément entravant une activité se déroulant principalement en position assise. Il retient comme limitations fonctionnelles à l'épaule droite les activités prolongées au-dessus de l'horizontale, le soulèvement de charges supérieures à 5 kg. Il indique que la décompensation douloureuse de l'épaule droite avec possible capsulite

rétractile a été à l'origine d'une incapacité de travail totale depuis le 28 août 2009, puis, s'agissant de l'évolution du degré d'incapacité de travail, en se basant sur la rotation externe de l'épaule de 45 à 50° mentionnée par le Dr N_____ dans son rapport du 14/9/2010, il n'y a pas de capsulite rétractile significative à partir de cette date. La diminution de l'abduction est vraisemblablement liée à une auto-limitation de l'assuré dans le cadre de douleurs et non pas à un enraidissement articulaire. A partir du 14/9/2010, la capacité de travail est totale dans l'activité habituelle. Une nouvelle incapacité de travail à 100 % est survenue suite à la fracture-luxation du pied gauche c'est-à-dire à partir du 31 juillet 2013 jusqu'à la fin du traitement orthopédique c'est-à-dire le 21 mai 2014. Concernant la capacité de travail, elle est déterminée sur le plan ostéoarticulaire par la tolérance mécanique du tendon du sus-épineux dans le cadre d'une tendinopathie sans déchirure, par l'évolution favorable d'une fracture-luxation du pied gauche permettant à l'assuré de retrouver une marche sans moyens auxiliaires. Les douleurs diffuses de l'épaule droite débordent largement d'une tendinopathie du sus-épineux et ne s'expliquent pas par une lésion organique. Le Dr N_____ relevait également dans son rapport du 14/9/2014 – recte 2010 - une symptomatologie algique de l'épaule droite, dont l'étiologie était peu claire. En conclusion l'examinateur considère que l'assuré a une capacité de travail exigible de 100 % dans l'activité habituelle de chef comptable, ceci depuis le 14 septembre 2010. 20. Dans son avis du 11 septembre 2015, la Dresse L_____ du SMR, après avoir une nouvelle fois résumé l'ensemble du dossier et les différents aspects médicaux évoqués, a remarqué, sur le plan cardiaque, que le traitement était terminé depuis le 5 janvier 2010 selon le cardiologue traitant, et rappelle à cet égard les documents médicaux évoqués précédemment. S'agissant de l'épaule droite, elle se réfère à l'examen rhumatologique interne du Dr O_____, et arrive à la conclusion que cette expertise est convaincante, prenant en compte les plaintes de l'assuré et s'appuyant sur un examen clinique approfondi. De plus l'appréciation de la situation médicale et les conclusions sont claires, motivées et cohérentes, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ces conclusions. 21. Le 2 octobre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Depuis août 2009, début du délai d'attente, sa capacité de travail est considérablement réduite. Le statut à retenir est celui d'une personne active ; le SMR retient une incapacité de travail à 100 % du 28/8/2009 au 13/9/2010 avec retour à une pleine capacité de travail du 14/9/2010 au 30/7/2013. Le droit au versement de la rente n'est ouvert qu'au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. Cette demande datant du 21/3/2011, le versement de la rente ne pourrait intervenir qu'à partir de septembre 2011, date à laquelle il n'était plus en incapacité de travail. S'agissant d'une nouvelle atteinte survenue en juillet 2013, le SMR reconnaît une incapacité de travail à 100 % du 31/7/2013 au 21/5/2014 avec retour à une pleine capacité de travail dès le 22/5/2014. Toutefois, cette nouvelle incapacité de travail ayant duré moins d'un an, le droit à une rente d'invalidité ne naît pas. Des mesures professionnelles ne sont pas indiquées car elles ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de gain. En conséquence la demande est rejetée. 22. Par courrier du 2 novembre 2015, la Dresse J_____ s'adressant implicitement au service médical de l'OAI, sollicite la reconsidération du dossier de l'assuré. Pour l'essentiel, elle a repris l'historique du dossier, persistant dans ses avis précédents, contestant le projet de décision susmentionné en tant qu'il considérerait que l'intéressé aurait retrouvé à un moment donné une pleine capacité de travail, soutenant quant à elle que le patient est en arrêt depuis le 29 août 2009, et qu'à aucun moment il n'a été en capacité de reprendre son travail. Elle considère qu'à l'examen actuel, elle retrouve une impotence fonctionnelle partielle avec une limitation de l'élévation

antérieure à 90°. Elle a encore annexé à son courrier divers documents médicaux, pour l'essentiel déjà versés au dossier, dont notamment une volumineuse série de certificats standard de prolongations d'arrêt de travail.![endif]>![if> 23. Par courrier du 5 novembre 2015, l'OAI a répondu au courrier précédent, observant qu'en l'absence d'une procuration de l'assuré, la Dresse J_____ ne pouvait faire opposition au projet de décision en lieu et place de son patient. En l'absence d'éléments médicaux nouveaux et probants, l'OAI notifierait sa décision le 10 novembre 2015. ![endif]>![if> 24. Le 11 novembre 2015, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, conforme au projet susmentionné.![endif]>![if> 25. Par courrier, daté du 9 décembre 2015, portant le timbre postal du 10 et reçu le 11 décembre 2015, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, d'un recours contre la décision susmentionnée. S'il n'avait déposé une demande auprès de l'OAI que le 21 mars 2011, c'est qu'avant cette date il imaginait que les médecins trouveraient un traitement pour le soigner. Au début 2011, son médecin traitant lui avait expliqué que ses douleurs allaient probablement persister et devenir chroniques. C'est à cette occasion qu'il avait évoqué l'invalidité pour faire reconnaître son état. Il soutient que depuis la formulation de la demande auprès de l'OAI, jusqu'au 30 mars 2015, date du courrier de son médecin traitant, il n'avait reçu aucune convocation à une expertise médicale. Durant cette période plusieurs questionnaires médicaux avaient été remplis par ses médecins traitants successifs. Pour essayer de limiter les douleurs de son épaule il doit souvent changer de position. Il se voit mal dans un bureau en train de secouer ses bras ou de marcher plusieurs fois par heure, une telle situation serait extrêmement gênante pour lui et déstabiliserait probablement ses collègues. Il conteste les dates de reprise de sa capacité de travail, reconnues par l'OAI. Il annexe enfin à son recours la copie du courrier de la Dresse J_____ du 2 novembre 2015.![endif]>![if> 26. La chambre de céans a en vain réclamé au recourant la production de la décision entreprise, ceci malgré plusieurs rappels. ![endif]>![if> 27. L'intimé a répondu au recours par courrier du 18 janvier 2016. Il conclut à son rejet. L'examen clinique rhumatologique effectué le 29 juillet 2015 remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et le recourant n'invoque en l'état aucun argument susceptible de remettre en cause les conclusions de l'intimé, l'argumentation se limitant pour l'essentiel à contester l'appréciation de la capacité de travail retenue par l'intimé, sans mettre toutefois en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques. La mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires est superflue et n'apporterait vraisemblablement aucune information ne figurant déjà au dossier. ![endif]>![if> 28. Par courrier du 20 janvier 2016, la chambre de céans a invité le recourant à répliquer après avoir pris connaissance de la réponse de l'intimé, qui lui était dûment communiquée, l'information lui étant donnée qu'il avait le loisir de venir préalablement consulter le dossier de l'intimé au greffe de la juridiction. Il lui était une nouvelle fois rappelé qu'il n'avait jamais donné suite à la demande de production de la décision litigieuse, et qu'il était dès lors invité à produire ce document par retour de courrier. Le recourant n'a jamais donné suite à ce courrier.![endif]>![if> 29. La chambre de céans a encore ordonné un complément d'instruction, d'office, en invitant l'intimé à soumettre au SMR le courrier de la Dresse J_____ et ses annexes, dans la mesure où apparemment ce service médical ne s'était jamais prononcé à ce sujet.![endif]>![if> 30. Par courrier du 2 août 2016, l'intimé a produit l'avis du SMR du 15 juillet 2016, donnant suite à la demande de la chambre de céans. Le rapport médical concerné résume la situation déjà connue et n'apporte pas d'éléments en faveur d'une aggravation de l'atteinte de l'épaule et du pied. Un

syndrome des apnées du sommeil depuis 2015 est mentionné, sans plus d'informations. Les pièces médicales annexées sont toutes antérieures à l'examen SMR et ont été pris en compte. Vu ce qui précède, le rapport médical de novembre 2015 et les pièces annexes n'apportent aucune information susceptible de modifier les conclusions du SMR du 11 septembre 2015 qui restent entièrement valables. **31.** Sur quoi le recourant a reçu copie de la détermination complémentaire de l'intimé, susmentionnée, et les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger. **EN DROIT 1.** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. **2.** A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). **3.** Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). **4.** Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. **5.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, singulièrement une rente en raison des différentes atteintes à la santé dont il a été affecté depuis le mois d'août 2009, en particulier à raison de douleurs persistantes à l'épaule droite, la question litigieuse reposant sur la question de savoir si c'est à juste titre ou non que l'intimé, se fondant sur l'examen rhumatologique de l'assuré par un spécialiste du SMR, a refusé toutes prestations de l'assurance-invalidité, reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de chef comptable, dès le 14 septembre 2010. **6.** 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).>[if> L'art. 17 al. 1 er 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 1 er 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). 7. 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).>[if> 8. 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.>[if> 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). 9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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). 11. 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. 12. En l'espèce, le recourant conteste la décision entreprise, en tant qu'elle lui refuse toute prestation d'invalidité, en l'occurrence essentiellement le bénéfice d'une rente d'invalidité: il est en arrêt de travail depuis août 2009 suite à un problème à l'épaule droite avec une limitation fonctionnelle entraînant pour lui des douleurs; les médicaments qu'il prend n'ont pratiquement aucun effet pour réduire cette douleur. Il allègue que pour essayer de limiter les douleurs de son épaule, il doit souvent changer de position, et se voit dès lors mal dans un bureau en train de secouer ses bras ou de marcher plusieurs fois par heure, alléguant que cette situation serait extrêmement gênante pour lui et déstabiliserait probablement ses collègues. Il veut pour preuve de son argumentation une lettre de son dernier médecin traitant, la Dresse J____, du 2 novembre 2015, que ce médecin avait adressé à l'OAI après réception du projet de refus de prestations du 2 octobre 2015, et qu'il produit à nouveau à l'appui de son recours. 13. a. S'agissant de ce rapport complémentaire du médecin traitant, la chambre de céans a observé que l'OAI avait bien reçu ce document avant de rendre la décision entreprise, mais ne l'avait apparemment pas soumis au SMR. L'OAI dans sa réponse audit médecin lui déniait, faute de procuration, le droit de contester le projet de décision pour le compte de son patient. L'OAI observait pour le surplus qu'en l'absence d'éléments médicaux nouveaux et probants il rendrait sa décision le 10 novembre 2015. Au vu des principes rappelés ci-dessus, et considérant que le recourant avait produit ce document à l'appui de son recours, il donnait ainsi implicitement procuration à son médecin, la chambre de céans a considéré nécessaire d'ordonner une investigation complémentaire auprès de l'intimé: dans le doute sur la manière d'interpréter l'expression « en l'absence d'éléments médicaux nouveaux et probants », - en l'espèce s'il fallait comprendre que l'OAI

considérerait d'ores et déjà - et nonobstant l'absence de procuration - le document médical en cause comme n'apportant aucun élément nouveau et probant, ou s'il fallait au contraire considérer que sauf production d'une procuration dans le bref délai implicitement imparti, la décision entreprise serait rendue sans que la lettre du 2 novembre 2015 du médecin traitant soit prise en compte, la chambre de céans a invité l'intimé à soumettre ce document et ses annexes au SMR. Ce service s'est ainsi prononcé le 15 juillet 2005 dans un avis qui constate que le rapport médical du 2 novembre 2015 résume la situation déjà connue et n'apporte pas d'éléments en faveur d'une aggravation de l'atteinte de l'épaule et du pied. Un syndrome des apnées du sommeil depuis 2015 est mentionné, sans plus d'informations. Les pièces médicales annexées sont toutes antérieures à l'examen SMR et ont été prises en compte. Vu ce qui précède, le rapport médical de novembre 2015 et les pièces annexes n'apportent aucune information susceptible de modifier les conclusions du SMR du 11 septembre 2015 qui restent entièrement valables. b. Reste ainsi à savoir, et il s'agit ici de l'élément essentiel pour la solution du litige, si l'examen rhumatologique du Dr O_____ - étant précisé en tant que de besoin qu'en dépit d'un patronyme commun entre ce médecin et l'un des juges assesseurs composant la chambre de céans, il n'existe aucun lien de parenté entre eux - peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, la chambre de céans constate que ce rapport d'examen est complet, se fondant sur une pleine connaissance du dossier, montrant que l'examineur a pris en compte tous les avis médicaux versés au dossier, ne mentionnant d'ailleurs dans son résumé que les documents essentiels, au demeurant suffisamment nombreux et jalonnant toute la période litigieuse, l'expert s'étant prononcé au sujet de toutes les atteintes à la santé successives examinées et prises en compte par l'OAI dans le cadre de l'instruction de ce dossier. L'expert a retenu les plaintes du patient: notamment la réapparition d'une douleur à la partie antérieure de l'épaule droite depuis fin 2008; l'augmentation de la douleur au cours du temps et la mobilité articulaire diminuant; l'augmentation de la douleur lors des mouvements de l'épaule ou lors d'appui lorsqu'il est couché, la douleur le réveillant une fois par nuit; s'agissant du pied, le patient se plaint des adhérences tendineuses sur les cicatrices opératoires qui gêneraient la mobilité des trois orteils du milieu, le pied gonflant en fin de journée, un dérouillage matinal d'environ une heure et une apparition de la douleur au dos du pied lorsqu'il ne prend pas de médicaments antalgiques. Le médecin a en outre procédé à l'examen complet du patient, notant minutieusement ses constatations. Il a ensuite discuté en détail chaque aspect des atteintes à la santé litigieuses (épaule droite et pied gauche), et indiqué de façon précise et convaincante, pour chacune de ces atteintes, à quel moment elles sont apparues, pour quelle période elles pouvaient avoir engendré une incapacité de travail complète, et à quel moment, pour chacune d'elles, on devait considérer que l'assuré avait recouvré sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle de chef comptable. Il a en particulier confronté les avis successifs des médecins traitants, entre eux et par rapport à ses propres constatations, à l'examen du patient, et a indiqué de façon convaincante les raisons pour lesquelles il écartait en particulier les avis et diagnostics des Dresses G_____, en ce qui concerne la présence d'une « épaule gelée » et J_____, en ce qui concerne les diagnostics incapacitants qu'elle retient dans son rapport du 30 mars 2015, de capsulite rétractile et de fracture de Lisfranc, l'examineur observant d'autre part que l'examen clinique de ce jour ne met pas en évidence d'élément entravant une activité se déroulant principalement en position assise. S'agissant de l'avis de la Dresse G_____, l'examineur constate que les amplitudes articulaires mentionnées par le Dr N_____ dans son rapport du 14 septembre 2010, et les amplitudes articulaires constatées lors de l'examen du jour par lui-même, ne

sont pas compatibles avec une épaule gelée. S'agissant de la Dresse J____, laquelle retient comme diagnostics incapacitants une capsulite rétractile et une fracture de Lisfranc, l'examinateur considère qu'en fonction de l'examen clinique du Dr N____, il n'y a pas lieu de maintenir un diagnostic de capsulite rétractile. Quant à la fracture de Lisfranc, le chirurgien orthopédiste traitant mentionne la fin du traitement à partir du 21 mai 2014, l'assuré a récupéré une marche à plat et dans les escaliers sans l'aide de moyens auxiliaires, l'enraidissement cicatriciel de la flexion des orteils ne limite pas la marche, et l'examen clinique du jour ne met pas en évidence d'élément entravant une activité se déroulant principalement assis. L'examinateur s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles qu'il convenait de retenir, et il s'est en outre prononcé de manière très précise sur l'évolution du degré d'incapacité de travail depuis le 28 août 2009. Il considère en effet qu'en se basant sur la rotation externe de l'épaule de 45 à 50° mentionnée par le Dr N____ dans le rapport du 14 septembre 2010, il n'y a pas de capsulite rétractile significative à partir de cette date. La diminution de l'abduction est vraisemblablement liée à une auto-limitation de l'assuré dans le cadre de douleurs, et non pas à un enraidissement articulaire. A partir du 14 septembre 2010, la capacité de travail est totale dans l'activité habituelle. Une nouvelle incapacité de travail à 100 % est survenue suite à la fracture-luxation du pied gauche, c'est-à-dire à partir du 31 juillet 2013 jusqu'à la fin du traitement orthopédique, c'est-à-dire le 21 mai 2014. L'examinateur a encore relevé, concernant la capacité de travail, que celle-ci est déterminée sur le plan ostéoarticulaire par la tolérance mécanique du tendon du sus-épineux dans le cadre d'une tendinopathie sans déchirure et par l'évolution favorable d'une fracture-luxation du pied gauche, permettant à l'assuré de retrouver une marche sans moyens auxiliaires. Les douleurs diffuses de l'épaule gauche débordent largement d'une tendinopathie du sus-épineux et ne s'explique pas par une lésion organique. L'expert conclut enfin que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de chef comptable est de 100 % depuis le 14 septembre 2010. Il résulte de ce qui précède que l'analyse du cas par l'examinateur est complète, l'analyse cohérente et la conclusion à laquelle il arrive est convaincante. Dans son avis du 2 novembre 2015, la Dresse J____ s'est bornée à rappeler l'historique médical du patient depuis le mois d'août 2009, et a affirmé que le patient souffre d'une douleur de l'épaule droite depuis août 2009, ses douleurs persistant depuis 2010, malgré la mise sous morphinique quotidienne, rappelant ses précédents diagnostics, voire ceux des médecins qui l'ont précédé. Mais à aucun moment elle ne formule la moindre critique ou ne signale le moindre élément susceptible de remettre valablement en doute la crédibilité ou la cohérence des conclusions auxquelles parvient le Dr O____, au sens de la jurisprudence précitée. Ainsi la chambre de céans ne peut que constater que l'examen du Dr O____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens des principes de la jurisprudence qui ont été rappelée ci-dessus. 13. Le recourant ne comprend pas que l'OAI considère qu'il ait une pleine capacité de travail du 14 septembre 2010 au 30 juillet 2013, et à nouveau une pleine capacité de travail dès le 22 mai 2014. Il ne comprend pas ces différentes dates. Il persiste à affirmer être incapable de reprendre un travail, ce que démontrent selon lui les certificats médicaux et les arrêts de travail produits. Pour ce qui est des dates retenues, elles sont en effet et à juste titre fondées sur l'expertise SMR du Dr O____, évoquée ci-dessus, et il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir. Quant aux conséquences qu'en tire l'intimé pour refuser à l'assuré toutes prestations de l'assurance-invalidité, quand bien même son incapacité de travail a été admise, pendant certaines périodes en raison de certaines atteintes à la santé, celle concernant l'épaule droite ayant en effet duré plus d'une année, mais celle survenue ensuite à raison de la fracture du Lisfranc du pied gauche ayant quant à elle duré

moins d'une année, c'est à juste titre que l'OAI a nié le droit à une rente, tant pour la première période d'invalidité (en raison de la demande tardive), que pour la seconde, (dans la mesure où cette nouvelle incapacité de travail avait duré moins d'un an), ceci étant parfaitement conforme aux principes légaux rappelés ci-dessus notamment les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI. 14. Il résulte de ce qui précède, que chacun des griefs formulés par le recourant à l'encontre de la décision entreprise doit être rejeté, la décision entreprise étant exempte de critiques. ![/endif]>[/if> La chambre de céans observera, enfin, à l'intention du recourant, que dans le cas d'espèce, sa capacité de travail ayant été reconnue pleine et entière dans son activité professionnelle habituelle de chef comptable, il n'y avait pas lieu d'envisager le moindre calcul d'un degré d'invalidité, comme cela aurait pu être le cas, au vu des principes rappelés ci-dessus, dans l'hypothèse où l'instruction du dossier n'aurait par exemple déterminé une capacité de travail entière que dans une activité adaptée aux limitations entraînant une réduction de la capacité de travail dans son activité habituelle.

15. En tous points mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.![endif]>![if> 16. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.![endif]>![if> **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette.![endif]>![if> 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. ![endif]>![if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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