

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961 en Italie, naturalisé suisse, travaille à titre indépendant en qualité de carreleur pour le compte de B_____ SA, entreprise créée en février 2000 et dont il est l'administrateur unique depuis septembre 2008 avec signature individuelle selon l'extrait du registre du commerce du canton de Genève.
2. Le 4 novembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des problèmes de dos qui existaient depuis le 17 décembre 2008. Il a spécifié qu'il consacrait 70 % de son activité professionnelle à la pose de carrelage. Son revenu annuel brut s'élevait à CHF 60'000.-.
3. Par décision du 6 juin 2011, l'OAI, reprenant la teneur de son projet de décision du 11 avril 2011, a refusé d'entrer en matière et rejeté la demande de l'assuré, au motif que celui-ci n'avait pas fourni les pièces requises (copie de la carte AVS, pièce d'identité, copie des documents professionnels).
4. Le 27 juillet 2015, la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA), assureur-accidents de l'assuré, a annoncé à l'OAI, au titre de la détection précoce, une incapacité de travail de celui-ci depuis le 15 février 2015, en raison d'un accident ayant entraîné une lésion du sus-épineux droit.
5. Dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité, un entretien d'évaluation a eu lieu le 14 octobre 2015. Selon le procès-verbal y relatif, l'assuré a déclaré qu'il avait trois enfants, âgés entre 12 et 17 ans, qu'il était en instance de divorce, qu'il éprouvait des douleurs aux épaules, qu'il avait été victime d'un infarctus et qu'il ne pouvait pas travailler à plein temps.
6. Le 26 janvier 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant des atteintes aux deux épaules.
7. Le 4 février 2016, la SUVA a transmis à l'OAI une copie du dossier en sa possession, lequel contenait notamment :
 - la déclaration de sinistre du 3 mars 2015, faisant état de blessures au bras droit, au genou droit et au dos suite à une chute dont l'assuré avait été victime le 15 février 2015 à la gare de Cornavin ;
 - le rapport du 10 avril 2015 du docteur C_____, médecin interne à l'hôpital de la Tour, où les premiers soins avaient été prodigués le 17 février 2015, posant le diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs, après constatation d'une mobilité réduite de l'épaule droite en abduction et flexion, ainsi que d'une palpation du sus-épineux douloureuse. Le genou droit était légèrement tuméfié au niveau de la partie latérale de la rotule. Il n'existait pas d'épanchement intra-articulaire. La capacité de travail était jugée nulle du 17 au 23 février 2015 (durée probable) ;

- le certificat du 26 juin 2015 du docteur D_____, médecin traitant, attestant d'une capacité de travail nulle dès le 17 février 2015 pour une durée indéterminée ;
 - le rapport du 20 juillet 2015 du Dr D_____, indiquant que l'assuré avait bénéficié des séances de physiothérapie et d'infiltration ;
 - le rapport d'entretien de la SUVA du 2 août 2015, aux termes duquel l'assuré avait déclaré notamment que la répartition de ses activités (70 % bureau, 30 % chantier) annoncé lors du calcul des primes s'avérait inexacte. Cette description était valable au début lorsqu'il sous-traitait beaucoup le travail. Par la suite, il s'était mis à effectuer une grande partie du travail manuel tout en continuant à sous-traiter. De fait, il consacrait 50 % au travail de bureau (établissement des devis, gestion de la clientèle, fax, e-mail, téléphone, déplacement chez les clients, prise des métrés) et 50 % à l'exploitation (pose et changement de joints de silicone et de carrelage) ;
 - le certificat du 27 août 2015 du Dr D_____, attestant d'une capacité de travail de l'assuré de 50 % dès le 1^{er} septembre 2015 pour une durée indéterminée ;
 - le rapport d'entretien de la SUVA du 25 septembre 2015, selon lequel l'assuré avait affirmé qu'il s'occupait uniquement des tâches administratives depuis le 1^{er} septembre 2015.
8. Dans un rapport du 3 mars 2016 adressé à l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de rupture itérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite le 15 février 2015 suite à une réinsertion le 5 novembre 2013. Le dernier contrôle remontait au 9 mars 2015. À titre de pronostic, il estimait que l'assuré allait garder un manque de force de son épaule droite et possiblement des douleurs. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de carreleur, mais entière dans une activité adaptée (travail de bureau) respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges, pas de travail au-dessus du plan des épaules).
9. Dans un rapport du 12 février 2016 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a retenu, avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics suivants : traumatisme et rupture du tendon sus-épineux droit et rupture itérative du tendon sous-scapulaire droit le 15 février 2015 ; chute à ski, rupture et désinsertion du sus-épineux gauche le 24 février 2006 ; accident de la voie publique, contusion lombaire, hernie discale L5-S1, dégénérescence discale L3-L4 et L5-S1 depuis le 17 décembre 2009 ; infarctus et angioplastie, pose de stent actif le 15 février 2014 ; chute de moto, traumatisme cranio-cérébral (TCC), contusion cervicale le 26 août 2003 ainsi que dépression nerveuse, anxiété depuis le 15 février 2014. Le dernier contrôle remontait au 12 février 2016. Dans l'anamnèse, le médecin a notamment relevé que l'assuré, qui avait obtenu son diplôme de maturité en Italie, était arrivé à Genève en 1980, où il avait travaillé dans plusieurs domaines, tels que plongeur, peintre en

bâtiments, vendeur et ouvrier en mécanique de précision, avant de créer son entreprise de carrelage en 1988. L'assuré souffrait d'une douleur chronique de la nuque, de lombalgies exacerbées par la position ou la flexion du tronc et de douleurs aux épaules lorsqu'il soulevait des poids ou faisait un travail répétitif avec les mains. Il était angoissé depuis son infarctus et déprimait. Les restrictions physiques étaient les suivantes : flexions du tronc ; soulever ou porter des charges avec les deux côtés (max. 5 kg) ; travaux répétitifs avec les deux bras ; activités uniquement en position debout/assise ou dans différentes positions ; se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux ; rotation en position assise/debout ; monter sur une échelle/un échafaudage ; diminution de la concentration et limitation de la capacité d'adaptation. L'assuré avait repris son travail à 50 % depuis le 1^{er} septembre 2015 en tant qu'administrateur. La capacité de travail, jugée nulle dans l'activité habituelle depuis le 15 février 2015, était de 50 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2016. Le médecin a préconisé une évaluation psychiatrique.

Il a joint à son rapport notamment :

- l'IRM lombaire du 16 octobre 2006, faisant état de séquelles d'une maladie de Scheuermann ; d'une dégénérescence discale en L3-L4, plus prononcée en L5-S1 avec discopathie ; d'une herniation intra-spongieuse du plateau inférieur de L5 associée à un discret œdème intra-spongieux ; d'une hernie discale L5-S1 sous-ligamentaire ; d'un canal lombaire avec arthrose interapophysaire postérieure ;
- l'arthrographie IRM de l'épaule gauche du 24 novembre 2006, mettant en évidence une évolution de la lésion post-traumatique du sus-épineux vers une rupture/désinsertion transfixiante de 7-8 mm ; une résolution du remaniement post-contusionnel du secteur antéro-supérieur du trochiter et une arthropathie acromio-claviculaire dégénérative inaugurale ;
- l'IRM de l'épaule droite du 29 novembre 2012, révélant une déchirure large du tendon du muscle sus-épineux ; une tendinopathie sans rupture du tendon du muscle sous-épineux ; une tendinopathie sévère du muscle biceps ; des signes de capsulite rétractile ; un petit épanchement articulaire ; une lésion de surcharge accusée de l'articulation acromio-claviculaire droite avec conflit sous-acromial ;
- le rapport du 6 novembre 2013 du Dr E_____, posant les diagnostics de lésion massive de la coiffe des rotateurs droite aux dépens du tendon sous-scapulaire (type II), sus-épineux (transfixiant, 100 %, rétraction de stade III) et sous-épineux (50 % antérieur) ; de conflit sous-acromial ; d'une arthropathie acromio-claviculaire ; d'une tendinopathie et instabilité du long chef du biceps et d'une zone de chondropathie de stade III de 3 mm² au sommet de la tête de l'humérus. La veille, le spécialiste avait pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite, une réinsertion du tendon sous-scapulaire, une ténodèse du long chef du biceps, une

réinsertion de la coiffe postéro-supérieure, une arthrolyse, une acromioplastie ainsi qu'une résection du centimètre externe de la clavicule ;

- l'échographie de l'épaule droite du 26 février 2015 mettant en évidence une rupture incomplète du tendon sous-scapulaire et une tendinose du long chef du biceps. La plastie du tendon sus-épineux était intacte mais présentait une calcification. Les tendons sous-épineux et le petit rond étaient intacts. Il existait un signe d'une lame de liquide dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne compatible avec une bursite ainsi qu'un remaniement dégénératif au niveau des grand et petit trochanters sous forme d'ostéophytose, remodelé dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire ;
- le rapport du 27 février 2015 du docteur F_____, spécialiste FMH en cardiologie, posant en particulier les diagnostics de status post infarctus de type STEMI antérieur le 15 février 2014 ; de status post angioplastie avec implantation d'un stent actif sur l'Iva en février 2014 et d'un état anxieux. L'examen clinique était normal. L'échocardiographie montrait une fonction systolique du ventricule gauche conservée et une sclérose aortique avec une insuffisance minime. L'évolution clinique était favorable, puisque l'assuré ne présentait pas de douleur thoracique résiduelle ni de symptôme d'insuffisance cardiaque.

10. Dans un document intitulé « avis cellule de tri » du 1^{er} avril 2016, le docteur G_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué que l'incapacité de travail durable avait débuté le 15 février 2015 en raison de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. L'assuré avait repris son activité habituelle à 50 % le 1^{er} septembre 2015, laquelle se composait d'une partie administrative à 50 % pour laquelle celui-ci avait une capacité de travail entière. La capacité de travail était, depuis le 1^{er} septembre 2015, de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : pas de port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit ; pas de travail au-dessus du plan des épaules ; pas de montée/descente d'échelles ou des escaliers.
11. Par communication du 30 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
12. Dans le questionnaire pour l'employeur du 1^{er} juillet 2016, B_____ SA a mentionné que l'horaire de travail normal dans l'entreprise était de quarante heures par semaine, mais que l'assuré travaillait vingt heures hebdomadaires depuis le 1^{er} septembre 2015 dans le travail de bureau. Le salaire de celui-ci s'élevait à CHF 5'000.- par mois, soit CHF 60'000.- par année depuis février 2000. Sans atteinte à la santé, à l'heure actuelle, il percevrait un salaire annuel de CHF 62'400.-. Le revenu AVS se chiffrait à CHF 19'288.- en 2013, CHF 24'033.- en 2014 et CHF 17'858.- en 2015.

13. Le 25 août 2016, l'OAI a pris connaissance des nouveaux documents en possession de la SUVA, soit notamment :

- le rapport du 21 juin 2016 de la Clinique romande de réadaptation (CRR), où l'assuré avait séjourné à la demande de la SUVA du 18 mai au 15 juin 2016, posant, à titre de diagnostic principal : des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle de l'épaule droite. À titre de diagnostics supplémentaires, ont été retenus : une déchirure myo-aponévrotique du jumeau interne droit le 11 juin 2016 ; une infiltration corticoïde échoguidée de l'espace sous-acromial de l'épaule gauche le 8 juin 2016 ; une tendinopathie de l'infra-épineux et une déchirure partielle du long chef du biceps gauche (ultrason du 24 mai 2016) ; une déchirure interstitielle non transfixiante du sub-scapulaire, une tendinopathie du long chef du biceps et une atteinte dégénérative de l'acromio-claviculaire de l'épaule droite (IRM du 13 juin 2016) ; une chute le 15 février 2015 avec déchirure partielle du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite, traitée conservativement ainsi qu'un traumatisme le 11 novembre 2013 (recte : 2012) de l'épaule droite avec rupture du tendon supra-épineux avec plastie du tendon supra-épineux droit en 2013. À titre d'antécédents, ont été relevés notamment : un accident de la voie publique le 17 décembre 2009 avec contusion lombaire et les diagnostics de hernie discale L5-S1 et de dégénérescence discale L3-L4 et L5-S1 ; une chute à ski le 24 février 2006 avec rupture et désinsertion du sus-épineux de l'épaule gauche et fracture de la clavicule gauche ; un accident de la voie publique le 16 août 2003 avec TCC et contusion cervicale.

La CRR a mentionné les conclusions de l'ultrason de l'appareil locomoteur du 24 mai 2016, celles de la consultation orthopédique du 27 mai 2016 et de l'IRM de l'épaule droite du 13 juin 2016, puis relevé les plaintes de l'assuré.

Les limitations fonctionnelles définitives retenues au niveau de l'épaule étaient : pas de travail au-dessus des épaules ; pas de travail nécessitant une mobilisation de l'épaule en flexion-extension répétée ; pas de port de charges excédant 10 kg, de manière répétitive. Les limitations fonctionnelles provisoires retenues au niveau de la jambe droite étaient : pas de travail nécessitant une flexion-extension de la cheville ; pas de montée ni de descente répétitives ; pas de déplacement sur de longues distances à pied.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait améliorer la qualité de vie du patient et maintenir une fonctionnalité correcte au niveau de l'épaule lésée. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable, au vu des lésions des épaules qui induisaient des limitations tant au niveau de la force qu'au niveau de l'endurance. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites était favorable. Une incapacité de travail de 100 % était retenue du 15 juin au 15 juillet 2016 ;

- le rapport d’entretien de la SUVA du 1^{er} juillet 2016, selon lequel l’assuré avait déclaré qu’il devrait reprendre son travail à 50 % dès le 16 juillet 2016 et que, s’il était incapable d’exercer son métier, il serait très intéressé à suivre une formation dans la décoration d’intérieur.

14. Le 3 novembre 2016, la SUVA a transmis à l’OAI les nouvelles pièces en sa possession, soit en particulier :

- le rapport d’entretien de la SUVA du 25 août 2016, aux termes duquel l’assuré avait réitéré son intérêt pour une formation dans la décoration d’intérieur et affirmé que l’évolution était favorable au niveau du muscle droit de sa cheville ;
- le certificat du 7 octobre 2016 du Dr D_____, attestant d’une capacité de travail de 50 % dès le 16 juillet 2016 pour une durée indéterminée ;
- le rapport d’examen final du 12 octobre 2016, établi par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur, et médecin d’arrondissement de la SUVA, lequel avait examiné l’assuré la veille. Le praticien a posé les diagnostics de status après lésion de la coiffe des rotateurs de l’épaule droite ; de status après fracture de la clavicule gauche (en 2006) et déchirure partielle du long chef du biceps ; de status après plastie du tendon supra-épineux droit en 2013 ainsi que d’une discopathie dégénérative vertébrale lombaire. L’assuré avait déclaré qu’il était encore en traitement auprès du Dr D_____ et poursuivait la physiothérapie pour l’épaule. Il prenait régulièrement des anti-inflammatoires. Il suivait un traitement de ventouse pour le dos qui le soulageait. Il consultait régulièrement un cardiologue pour les suites de son infarctus et prenait des antidépresseurs. Il se plaignait de douleurs des épaules, notamment du côté gauche, la nuit. Il éprouvait également des douleurs vertébrales avec des irradiations dans les jambes. Il ne présentait pas de gêne pour les gestes de la vie courante. Il travaillait à 50 % dans une activité principalement administrative.

Le Dr H_____ a pris en compte les documents médicaux communiqués datés du 3 mars 2015 (déclaration d’accident) au 21 juin 2016 (rapport de la CRR). Il a relevé que l’assuré présentait une récurrence de rupture de la coiffe des rotateurs suite à une chute survenue le 15 décembre 2015 (recte : février). Il présentait également des antécédents de fracture claviculaire gauche et de lésions du sus-épineux survenus en 2006. L’évolution avait été lentement favorable après traitement conservateur de l’atteinte apparue en 2015, avec notamment une bonne amélioration consécutive à un séjour à la CRR. Il avait suivi un traitement de physiothérapie ainsi que des infiltrations vertébrales depuis la sortie de la CRR.

En ce qui concerne l’imagerie, le Dr H_____ s’est référé à la description ressortant du rapport de séjour à la CRR. À l’examen clinique, il a observé quelques signes irritatifs de la coiffe des rotateurs des deux côtés avec des douleurs lors de la mobilisation de l’épaule au-dessus de l’horizontale, de

légères douleurs à l'inclinaison latérale du tronc ainsi qu'à l'inclinaison latérale cervicale.

Le médecin a conclu que les atteintes post-accidentelles ainsi que les troubles dégénératifs vertébraux présentés limitaient l'assuré de façon définitive dans toute activité exigeant des sollicitations répétitives des épaules au-dessus de l'horizontale ou le port de charges excédant 10 kg.

15. Le 20 janvier 2017, l'OAI a examiné les nouvelles pièces en possession de la SUVA, notamment une note du 14 novembre 2016 du Dr H_____, dans laquelle celui-ci spécifiait que les séquelles de l'accident et l'atteinte vertébrale impactaient de façon équivalente sur l'exigibilité retenue lors de l'examen final.
16. Dans un rapport du 10 février 2017 adressé à l'OAI, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entrecoupé par des périodes de trois à quatre mois d'épisodes dépressifs légers. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu des traits de personnalité narcissiques. Il suivait l'assuré depuis le 20 mars 2014. Le dernier contrôle remontait au 10 février 2017. Dans l'anamnèse, le médecin a noté des décompensations dépressives moyennes et légères récurrentes dans le contexte d'un isolement affectif et partiellement social. Il a constaté un ralentissement psychomoteur modéré ainsi que des troubles de la concentration modérés. L'assuré prenait de la Fluoxétine. La capacité de travail tant dans l'activité habituelle (d'employé de bureau) que dans une activité adaptée (de bureau) était de 50 % sans baisse de rendement depuis le 15 février 2016.
17. Dans un rapport du 7 mars 2017 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a mentionné que l'état de santé était stationnaire. L'assuré devait éviter le port de charges lourdes des deux côtés (max. 5 kg) ; le travail accroupi, à genoux, au froid, à l'extérieur ou dans la même position pendant une longue durée. L'assuré, incapable d'exercer l'activité de carreleur, effectuait un travail administratif de bureau à 50 %. Celui-ci était suivi par le Dr I_____ suite à une crise cardiaque. Il convenait de recueillir également l'avis de ce médecin s'agissant de la reprise de travail de l'assuré.
18. Le 13 avril 2017, l'OAI a pris connaissance des pièces transmises par la SUVA, en particulier :
 - la déclaration de sinistre du 22 novembre 2012, mentionnant que le 11 novembre 2012, l'assuré avait été victime d'une chute, en descendant les escaliers à son domicile, et s'était blessé à l'épaule droite ; accident ayant entraîné une incapacité de travail totale dès la date de l'événement pour une durée indéterminée (cf. certificat du Dr D_____ du 12 novembre 2012) ;
 - le certificat du 15 mars 2013 du Dr D_____ attestant d'une capacité de travail nulle jusqu'au 17 mars 2013, puis de 50 % pour une durée indéterminée ;

-
- le rapport d’entretien de la SUVA du 15 mai 2013, aux termes duquel l’assuré avait affirmé que le traitement instauré (médicament et rééducation) suite à un accident (chute à ski) survenu en 2006 avait permis de récupérer la mobilité et la force musculaire de son épaule gauche à hauteur de 100 % environ, rendant tout geste chirurgical superflu. Ce sinistre n’avait pas laissé de complications notoires, excepté lorsqu’il devait lever des charges de plus de 10 kg au-dessus de l’épaule de façon répétitive. Il consacrait 50 % de son temps aux tâches administratives (bureau, vente) et le reste à l’exploitation (pose de carrelage, chantiers, chargements et déchargements de marchandises). Il s’agissait d’une activité physique nécessitant la manutention quotidienne et répétitive de charges lourdes pouvant aller jusqu’à 25-30 kg, effectuée dans des postures inconfortables (debout, penché, accroupi). Malgré le traitement mis en place suite au second accident, les douleurs de l’épaule droite persistaient et la mobilité était réduite. Il travaillait depuis le 18 mars 2013 à raison de 50 % dans son activité administrative ;
 - le rapport du 21 octobre 2014 du Dr E_____, indiquant que les amplitudes articulaires étaient complètes et la coiffe des rotateurs à droite compétente. Le pronostic était bon. L’infarctus survenu dans les mois post-opératoires pouvait influencer de manière négative le processus de guérison ;
 - le rapport du 6 novembre 2014 du Dr E_____, relevant que l’assuré avait repris son travail à 100 % depuis le 1^{er} novembre 2014 ;
 - une note du 1^{er} mars 2017 du docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur, et médecin d’arrondissement de la SUVA, mentionnant que la capacité de travail de l’assuré dans une activité adaptée était entière, en tenant compte des limitations fonctionnelles établies par le Dr H_____ dans son rapport d’examen final, lequel était basé sur celui de la CRR.
19. L’extrait de compte individuel AVS de l’assuré, transmis par la caisse cantonale genevoise de compensation, daté du 4 janvier 2018, indique que celui-ci a déclaré un revenu de CHF 39'000.- de 2001 à 2005 ; CHF 60'000.- en 2006 et 2007 ; CHF 65'000.- en 2008 ; CHF 15'402.- en 2009 ; CHF 30'000.- en 2010 ; CHF 43'000.- en 2011 ; CHF 57'500.- en 2012 ; CHF 19'288.- en 2013 ; CHF 24'033.- en 2014 ; CHF 17'857.- en 2015 et CHF 26'190.- en 2016.
20. Selon les bilans comptables de l’entreprise B_____ SA figurant au dossier, le bénéfice net s’élevait à CHF 158'032.09 en 2011 ; CHF 12'854.95 en 2012 ; CHF 6'285.29 en 2013 ; CHF 10'821.35 en 2014 ; CHF 80'409.99 en 2015 ; CHF 75'047.37 en 2016.
- Le chiffre d’affaires s’élevait à CHF 1'032'412.55 en 2011 ; CHF 1'074'097.57 en 2012 ; CHF 687'663.78 en 2013 ; CHF 1'703'945.08 en 2014 ; CHF 1'966'546.42 en 2015 ; CHF 723'693.37 en 2016.

Les données comptables enregistraient des salaires et charges sociales à hauteur de CHF 144'781.40 en 2012 ; CHF 75'094.75 en 2013 ; CHF 122'489.39 en 2014 (le travail temporaire s'élevait à CHF 8'260.-); CHF 122'437.20 en 2015 (le travail temporaire s'élevait à CHF 74'524.13) ; CHF 136'727.94 en 2016.

Les frais de sous-traitance asendaient à CHF 137'696.59 en 2012 ; CHF 35'326.79 en 2013 ; CHF 409'556.21 en 2014 ; CHF 365'904.99 en 2015 ; CHF 64'903.- en 2016.

Les indemnités perçues par les assurances étaient incluses dans les bilans, soit CHF 8'701.- en 2012 ; CHF 0.- en 2013 ; CHF 55'305.50 en 2014 ; CHF 56'844.30 en 2015 ; CHF 47'954.40 en 2016.

La perte s/stock marchandises était de CHF 31'900.- en 2014.

Le ducroire et provision s/débiteurs douteux s'élevaient à CHF 153'244.25 en 2015 et CHF – 14'152.- en 2016.

21. Dans un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 10 janvier 2018, l'enquêtrice a relevé que l'entreprise B_____ SA employait un seul employé, avec lequel l'assuré collaborait depuis vingt et un ans. Ni l'assuré ni l'employé ne travaillaient comme ouvrier. Ils étaient responsables de la supervision des travaux de sous-traitance. L'employé ne savait pas effectuer les traçages ni la pose des carrelages et/ou autres travaux manuels. Il était le binôme de l'assuré. Tous les deux travaillaient comme responsable administratif et vendeur. Ils se déplaçaient séparément ou ensemble en Italie pour aller chercher les matériaux, le mobilier et la marchandise. L'assuré travaillait tantôt pour la partie administrative tantôt pour la supervision des chantiers. Il sous-traitait avec les différents corps de métiers (installateurs-électriciens, peintres, carreleurs, menuisiers, poseurs de sols, etc.). En tant que patron, il adaptait la stratégie de l'entreprise selon la tendance économique et s'adaptait à ses limitations fonctionnelles. En bonne santé, il percevait un revenu annuel de CHF 60'000.-, lequel était ajusté en fonction du résultat de l'entreprise. En 2013, il aurait touché un revenu de CHF 62'839.-, dont 40'712.- correspondaient aux indemnités journalières perte de gain ; CHF 2'839.- aux frais de participation de la voiture et CHF 19'288.- au fruit de son travail.

L'enquêtrice a constaté que le compte d'exploitation de l'entreprise faisait apparaître un bénéfice soumis à AVS de CHF 4'154.- en 2012 (soit le bénéfice d'exploitation de CHF 12'855.- moins les indemnités des assurances sociales de CHF 8'701.-) ; CHF 6'285.- en 2013 ; CHF – 12'584.- en 2014 (soit le bénéfice d'exploitation de CHF 10'821.- plus les pertes s/ stock marchandises de CHF 31'900.- moins les indemnités des assurances sociales de CHF 55'306.-) ; CHF 176'810.- en 2015 (soit le bénéfice d'exploitation de CHF 80'410.- plus le ducroire et provision s/débiteurs douteux de CHF 153'244.- moins les indemnités des assurances sociales de CHF 56'844.-) ; CHF 12'941.- en 2016 (soit le bénéfice d'exploitation de CHF 75'047.- moins les ducroire et provision s/débiteurs douteux de CHF 14'152.- moins les indemnités des assurances sociales de CHF 47'954.-).

Pour déterminer si l'atteinte à la santé de l'assuré en février 2015 avait eu des répercussions sur les comptes annuels de la société, l'enquêtrice a noté qu'il y avait lieu d'éliminer les facteurs extraordinaires, tels que le paiement des indemnités journalières par les assurances. Elle a constaté une augmentation des frais de sous-traitants et du personnel temporaire dans la comptabilité de 2014. L'assuré avait eu moins de charges de personnel en 2013 en raison de la baisse du volume d'affaires, alors qu'en 2014 la société avait obtenu divers marchés et les affaires reprenaient, si bien qu'elle avait besoin de main d'œuvre pour tenir les délais des chantiers. L'achat de marchandises, lié au volume de chiffre d'affaires, avait tendance à diminuer depuis 2015. Bien que l'assuré fût en incapacité de travail depuis février 2015, le chiffre d'affaires cette année-là était supérieur aux années antérieures, avec moins de frais de sous-traitants mais un peu plus de frais de personnel ad-intérim. Malgré des provisions enregistrées, telles que les ducroires, le résultat de la société pour l'année 2015 restait très élevé. En 2016, le chiffre d'affaires était supérieur à celui de l'année 2013. Il semblait que l'activité de la société fût ralentie pour différentes raisons (séparation de l'assuré, crise économique, atteinte à la santé). En dépit d'une baisse du chiffre d'affaires, l'entreprise dégagait un bénéfice important. Les résultats de la société, après correction pour l'année 2016, étaient légèrement supérieurs à la situation sans atteinte à la santé. L'enquêtrice en concluait que l'incapacité de travail ne semblait pas avoir d'influence effective sur la société. Il convenait par conséquent d'évaluer le degré d'invalidité de l'assuré selon la méthode ordinaire de la comparaison des revenus.

Sur ce, l'enquêtrice a relevé que, s'agissant d'un assuré salarié de son entreprise, le revenu devait être déterminé en additionnant les résultats d'exploitation au salaire perçu. Pour déterminer le revenu moyen sans invalidité, elle avait pris en compte la meilleure année, qui était 2012. Les gains soumis à cotisation AVS s'élevaient à CHF 57'500.-, auxquels s'ajoutait le résultat de la société, soit CHF 4'154.-. Le revenu hypothétique sans invalidité se montait à CHF 61'654.-. Quant au revenu d'invalidité, déterminé selon le résultat d'exploitation de l'année 2016, sans tenir compte des revenus perçus par l'assurance perte de gain, il se chiffrait à CHF 39'131.- (CHF 26'190.- [gain soumis à AVS] + CHF 12'941.- [bénéfice soumis à AVS]). La comparaison des revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 37 %.

22. Dans une note du 30 janvier 2018, l'OAI a retenu pour l'assuré un statut d'indépendant, car il était gérant de sa propre entreprise, s'occupait de la partie administrative et coordonnait les chantiers.
23. Dans une note du 7 février 2018, le service de réadaptation a relevé que l'assuré, indépendant depuis 1988, avait pu reprendre son activité habituelle à 50 % à compter du mois de septembre 2015. Il n'était pas indiqué qu'il change d'activité. Dans ce cas précis, la capacité de travail se confondait avec la capacité de gain. Des mesures professionnelles afin de réduire le dommage n'étaient pas nécessaires.

24. Dans un projet de décision du 9 février 2018, l'OAI a mentionné que l'assuré était en incapacité de travail en raison de son état de santé depuis le 15 février 2015, point de départ du délai d'attente d'un an. Selon le SMR, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2015. Faisant siennes les conclusions du rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante, l'OAI a conclu qu'un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait pas le droit à une rente.
25. Par courrier du 16 mars 2018, l'assuré, par l'entremise de son conseil, s'est opposé au projet de décision. Il a nié toute valeur probante au rapport d'enquête du 10 janvier 2018. Celui-ci ne prenait pas en compte le fait qu'avant l'accident de février 2015, il exerçait à 50 % dans la partie administrative et à 50 % en tant que carreleur. Les points relevés dans le rapport ne faisaient état que de la situation après adaptation de son activité aux limitations fonctionnelles. Il a contesté la comparaison des revenus opérée, puisque selon la note du 7 février 2018, qui retenait une capacité de travail de 50 % et admettait que la capacité de travail se confondait avec la capacité de gain, le degré d'invalidité était de 50 %. En outre, s'il était judicieux de se baser sur l'année 2012, car elle représentait la dernière année où il avait pu travailler presque intégralement, les années postérieures à 2012 avaient été marquées par de longues incapacités de travail. Ainsi, le montant de CHF 61'654.- ne pouvait pas être retenu à titre de revenu sans invalidité. Celui-ci ne pouvait pas être inférieur à CHF 68'000.- (soit le revenu réalisé en 2012 pendant dix mois et demi [CHF 59'500.-], adapté sur douze mois). Le revenu d'invalidité était quant à lui de CHF 26'190.-, car l'ajout du bénéfice revenait à inclure des éléments qui ne provenaient pas des prestations de travail. En outre, les années 2015 et 2016 avaient été influencées par l'obtention, avant l'accident, d'un important chantier, ce qui confirmait la nécessité de prendre en compte uniquement les revenus en lien avec les prestations de travail.
26. Par décision du 19 avril 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision. S'agissant du revenu sans invalidité, il n'existait aucun motif de s'écarter du revenu tel qu'il ressortait du compte individuel. En ce qui concernait le revenu d'invalidité, dans la mesure où l'assuré travaillait dans sa société anonyme, dont il était l'administrateur et seul titulaire de la signature individuelle, il y avait lieu de prendre en compte le bénéfice en tant que revenu d'invalidité en plus de son salaire, ce d'autant que les frais liés à son handicap avaient été pris en compte dans le cadre de la comptabilité.
27. Par acte du 18 mai 2018, l'assuré a, sous la plume de son conseil, interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans, concluant, sous suite de dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2016, subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter de cette date, et plus subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pour la détermination de la capacité de travail raisonnablement exigible.

Le recourant a fait valoir que le seul document portant la signature d'un médecin du SMR, soit le Dr G_____, était un « avis cellule de tri » du 1^{er} avril 2016, lequel ne comportait aucune argumentation ni discussion des éléments médicaux au dossier. Ce document, antérieur à la plupart des rapports médicaux, faisait état uniquement de l'atteinte à l'épaule droite, alors que plusieurs autres pathologies avaient été mises en évidence. En outre, le Dr G_____ n'était même pas répertorié comme médecin FMH. Ainsi, le document du 1^{er} avril 2016 était dénué de toute valeur probante. L'absence d'un avis du SMR démontrait le caractère lacunaire de l'instruction médicale. Il était incontestable qu'il se trouvait en totale incapacité de travail dans son activité de carreleur notamment en raison de ses graves atteintes aux deux épaules. Il avait repris son activité à raison de 50 % uniquement en ce qui concernait les tâches administratives, lesquelles étaient seules compatibles avec son état de santé. Les médecins traitants reconnaissaient d'ailleurs une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Si la chambre de céans devait considérer que la capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas suffisamment étayée, une expertise judiciaire devrait alors être ordonnée.

Le recourant a également nié toute valeur probante au rapport d'enquête du 10 janvier 2018. Celui-ci ne mentionnait pas l'activité réalisée avant l'accident de 2015. Il avait indiqué dans sa demande de prestations de 2011 que son activité était répartie à raison de 30 % pour les tâches administratives et à 70 % pour les travaux de carreleur. Compte tenu de ses atteintes à la santé et des incapacités de travail en découlant, courant 2011 et 2012, il avait procédé à quelques adaptations de son activité et réduit la part consacrée à l'activité de carreleur. L'enquêtrice avait ainsi appréhendé de manière erronée le fonctionnement et l'évolution de l'entreprise. Ce n'était qu'en 2015 qu'il avait réorganisé son activité en raison de son état de santé et cessé toutes les tâches de carreleur. Par ailleurs, l'enquêtrice n'avait pas tenu compte de tous les accidents et ne faisait aucune mention des troubles et incapacités de travail des années 2008 à 2011. Elle n'avait donc pas pris en considération la répercussion des accidents antérieurs à 2015. Il avait dû recourir à des employés et de la sous-traitance pour compenser ses incapacités de travail. Le chiffre d'affaires et le bénéfice, à la lecture des pièces comptables de 2012 à 2017, étaient très fluctuants d'année en année, de sorte qu'ils ne permettaient pas de tirer des conclusions valables s'agissant de la diminution de la capacité de gain. Les frais de sous-traitance avaient explosé en 2014 et 2015 suite à l'infarctus et à l'accident de février 2015. Il avait en outre dû engager du personnel temporaire durant ces deux années. Lorsque l'enquêtrice indiquait que les résultats pour l'année 2016 étaient légèrement supérieurs à la situation sans atteinte à la santé, elle se référait à l'année 2012. Or, il avait été victime d'un accident en novembre 2012, lequel avait conduit à une incapacité de travail puis à une intervention en 2013. Si les années 2015 et 2016 avaient été influencées positivement par un important chantier, l'année 2017 enregistrait une perte importante. En définitive, l'enquêtrice n'avait pas appréhendé correctement le fonctionnement, l'activité et l'évolution de l'entreprise.

Le recourant a, en outre, répété qu'il avait le droit à une demi-rente d'invalidité au vu de la note du service de réadaptation du 7 février 2018. Si la chambre de céans parvenait à la conclusion qu'il fallait appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus, il avait en tout état de cause droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. Le revenu sans invalidité de CHF 61'654.- ne ressortait nullement du compte individuel. Or, sur la base du compte individuel, qui comptabilisait un revenu de CHF 57'500.- sur dix mois et demi de travail en 2012 – il avait été en incapacité de travail à compter de novembre 2012 –, il fallait au minimum admettre un revenu sans invalidité de CHF 65'714.- sur douze mois. S'agissant du revenu d'invalidité, il y avait lieu, selon lui, de retenir le seul montant de CHF 26'190.- pour les motifs exposés dans son opposition. La comparaison des revenus menait à un degré d'invalidité de 60 %.

Le recourant a produit notamment :

- le bilan provisoire de l'entreprise B_____ SA pour l'année 2017, enregistrant une perte de CHF 73'517.94 ;
- un courrier du 15 mai 2018, rédigé par Monsieur K_____, fiduciaire de la société B_____ SA, attestant que celle-ci avait occupé du personnel temporaire seulement en 2014 et 2015 et chiffrant les montants de sous-traitance comptabilisés entre 2011 et 2016, lesquels correspondent à ceux figurant dans les documents comptables précités. Le montant de sous-traitance en 2017 s'élevait à CHF 118'513.10

28. Dans sa réponse du 12 juin 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il a exposé que, dans son avis du 1^{er} avril 2016, le SMR s'était prononcé sur la capacité de travail du recourant et avait précisé les limitations fonctionnelles après examen des pièces médicales au dossier. En outre, un médecin, quelle que soit sa spécialisation, était en mesure, selon la jurisprudence, d'émettre un avis sur un rapport médical. Le recourant n'avait apporté aucun élément objectif (de nature clinique ou diagnostique) qui aurait été ignoré, de sorte que la mise sur pied d'une expertise était superflue. Pour ce qui était du calcul du taux d'invalidité, l'appréciation de l'enquêtrice était convaincante ; elle avait développé de manière circonstanciée les différentes rubriques faisant l'objet de son mandat. Le rapport d'enquête prenait en compte la situation du recourant dans son ensemble et renseignait de façon précise sur la situation de l'entreprise. Pour les indépendants, l'extrait du compte individuel était déterminant. S'agissant d'un assuré salarié de sa propre entreprise, le revenu devait être déterminé en additionnant les résultats d'exploitation au salaire perçu. Par conséquent, le bénéfice de la société en 2016, soumis à AVS, d'un montant de CHF 12'941.- avait dûment été additionné au revenu d'invalidité. Outre cela, contrairement à la note établie par le service de réadaptation, la capacité de travail ne pouvait se confondre avec la capacité de gain, puisque le recourant disposait d'une capacité de travail exigible de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée.

29. Dans sa réplique du 25 juin 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a relevé que c'était à tort que l'intimé affirmait que le SMR avait examiné les pièces médicales au dossier, puisque l'avis de la cellule de tri du 1^{er} avril 2016 ne mentionnait que le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite. Or, il souffrait d'autres atteintes (troubles de l'épaule gauche, problèmes cardiaques, atteintes au dos, troubles psychiques) qui n'avaient pas été prises en compte. L'essentiel des documents médicaux produit après l'avis du 1^{er} avril 2016 n'avait pas été soumis au SMR, ni dans le cadre de l'instruction, ni suite au dépôt du recours. Il était aberrant de prétendre qu'un médecin, qui n'était pas membre FMH et dont on ignorait la spécialisation, ait pu rendre un quelconque avis probant et suffisant pour appuyer une décision. Le rapport d'enquête ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante pour les motifs exposés dans l'acte de recours. En outre, l'intimé, pour justifier l'ajout des résultats d'exploitation au revenu, citait un arrêt du Tribunal fédéral relatif à un cas qui n'était pas similaire avec le sien. Par ailleurs, la position du service de réadaptation était claire, de sorte qu'il avait, à tout le moins, droit à une demi-rente d'invalidité.

Le recourant a produit une liste de questions qu'il avait posées au Dr D_____ dans un courrier du 14 mai 2018, ainsi que la réponse de ce médecin du 23 mai 2018, aux termes de laquelle son patient souffrait de lombalgie et lombo cruralgie bilatérale, notamment du côté gauche, chronique et exacerbée par les efforts physiques. Ces problèmes étaient dus à des discopathies L4-L5 et L5-S1, à une hernie sous ligamentaire en L5-S1 en contact et en conflit avec la racine S1 gauche et de L5 gauche. Il présentait également des douleurs aux deux épaules, plus marquées à droite, provoquées par une élévation du membre supérieur à partir du niveau de son cou. Ces douleurs avaient été causées par une rupture partielle du long chef du biceps droite et gauche avec une tendinopathie de l'infra-épineux. Pour les travaux administratifs, le recourant pourrait travailler à 50 %. Par contre, pour les travaux de chantier, de transport de carrelages et de matériaux de construction ainsi que de pose de carrelages, la capacité de travail était nulle. Il convenait de tenir compte également de l'évaluation psychiatrique. La capacité de travail pourrait subir des diminutions de rendement en fonction des douleurs et du blocage du dos. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les flexions du tronc à répétition ; ne pas soulever de charges supérieures à 10 kg ; ne pas rester longtemps dans la même position ; ne pas travailler avec les bras levés, ni à l'extérieur au froid ou dans l'humidité. Depuis deux ans, il n'y avait pas eu d'évolution favorable. La physiothérapie et les traitements effectués n'avaient pas amélioré les plaintes.

Sur la base de ce document, le recourant a rappelé qu'il présentait de nombreuses atteintes, qui ne se résumaient nullement à l'épaule droite. Son médecin concluait à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée afin de tenir compte de son état de santé global, étant précisé qu'il souffrait également de troubles

cardiaques et psychiques sur lesquels l'intimé ne s'était jamais prononcé malgré le rapport du Dr I_____ du 10 février 2017.

30. Dans sa duplique du 13 août 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il a versé à la procédure l'avis du SMR du 6 juillet 2018, établi par le Dr G_____, auquel il se ralliait.

Dans ce document, ce médecin a noté que, dans le rapport d'examen final du 11 octobre 2016 (recte : 12), le Dr H_____ confirmait les atteintes ostéo-articulaires du rachis lombaire et des deux épaules du recourant ainsi que leurs conséquences asséculo-logiques (pleine capacité de travail dans une activité administrative et 50 % dans l'ancienne activité de gérant de la société de carrelage). Dans le rapport du 21 juin 2016, la CRR retenait, en plus des limitations fonctionnelles en rapport avec les atteintes des épaules, les limitations en rapport avec l'atteinte de la jambe droite. Les différentes annexes audit rapport n'apportaient aucun élément médical qui aurait été ignoré par les médecins de la CRR. Dans son rapport du 12 février 2016, le Dr D_____ confirmait l'exigibilité retenue, soit 50 % dans l'ancienne activité, ce qui correspondait à la partie administrative du travail. Dans son rapport du 7 mars 2017, ce médecin indiquait que l'état de santé était stationnaire et confirmait l'exigibilité de 50 % dans une activité administrative. Dans son rapport du 23 mai 2018, le Dr D_____ confirmait la stabilité de l'état de santé et une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle. Dans le rapport du 10 février 2017, le Dr I_____ retenait le diagnostic d'épisode dépressif moyen et confirmait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle. Le Dr G_____ a conclu que tous les médecins traitants considéraient que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle, si bien qu'il fallait s'en tenir aux conclusions de l'avis du SMR du 1^{er} avril 2016.

31. Dans ses observations du 27 août 2018, le recourant a relevé que le SMR ne s'était finalement prononcé que sur quelques rapports et non sur l'intégralité du dossier. Il en résultait que l'appréciation médicale était toujours incomplète. En outre, l'avis du 6 juillet 2018, qui ne comportait aucune analyse, motivation ou discussion, émanait du Dr G_____, dont les compétences étaient remises en cause pour les motifs relevés dans les écritures précédentes. Le SMR n'avait par ailleurs pas fixé les limitations fonctionnelles. En l'absence d'une analyse complète du dossier, le Dr G_____ avait mal interprété les conclusions des médecins traitants. Les Drs I_____ et D_____ renaient une capacité de travail de 50 % uniquement pour ce qui concernait les tâches administratives, l'activité de carreleur étant prohibée ; ainsi qu'une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée. Partant, sans la moindre motivation, la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, retenue dans l'avis du 1^{er} avril 2016, n'était pas justifiée.
32. Copie de cette écriture transmise à l'intimé, 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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son taux d'invalidité.

Il sera relevé que, par décision du 6 juin 2011, l'intimé avait refusé d'entrer en matière sur la demande du recourant du 4 novembre 2011, déposée en raison de problèmes de dos, au motif que celui-ci n'avait pas fourni les pièces requises. La situation médicale n'avait ainsi pas pu être instruite et une décision sur le fond n'avait pas été rendue. Par conséquent, la décision litigieuse du 19 avril 2018, prononcée suite à la demande du recourant du 26 janvier 2016, correspond à une décision initiale.

5. a. 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).
- b. 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.
- c. 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).

d. 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).

6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des

preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2).

L'examen des indicateurs standards est superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

d. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

7. a. 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).

b. 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. À 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).

c. 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la

fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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).

8. 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).
9. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).
10. a. En l'espèce, la décision attaquée retient, sur la base de l'« avis cellule de tri » du 1^{er} avril 2016, que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2015.

Il ressort de cet avis, émis par le Dr G_____, médecin du SMR, que l'incapacité de travail durable du recourant, carreleur, avait débuté le 15 février 2015 en raison de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Ce dernier avait repris son activité habituelle à 50 % le 1^{er} septembre 2015, laquelle se composait d'une partie administrative à 50 % pour laquelle le recourant avait une capacité de travail entière. La capacité de travail était, depuis le 1^{er} septembre 2015, de 50 % dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit ; pas de travail au-dessus du plan des épaules ; pas de montée/descente d'échelles ou des escaliers.

b. Le recourant considère que ce document n'est pas probant, au motif (notamment) que le Dr G_____, dont la spécialisation n'est pas connue, n'est pas répertorié comme médecin FMH.

Certes, selon la liste des médecins du SMR du canton de Genève, établi par l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, le Dr G_____ exerce en tant que médecin praticien et ne possède pas une spécialisation. En outre, son nom n'apparaît pas sur la liste des médecins de la FMH (cf. https://www.doctorfmh.ch/index.cfm?event=main.lang&locale=fr_CH#!).

Toutefois, il convient de donner raison à l'intimé, lorsqu'il affirme qu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en mesure d'émettre un avis circonstancié sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 3.2 ; 9C_575/2008 du 29 août 2008 consid. 3.3). En effet, le simple fait qu'un médecin ne possède pas une spécialisation médicale ne prouve nullement qu'il ne soit pas apte à analyser un document médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2). En outre, le fait qu'un praticien, titulaire du diplôme de médecin, ne soit pas reconnu par la FMH (car il n'a pas passé son examen de spécialisation en Suisse) ne saurait, à lui seul, suffire à remettre en cause ses compétences professionnelles ou son rapport (cf. ATAS/279/2017 du 11 avril 2017 consid. 11c).

c. Cela étant, l'argumentation développée par le recourant est bien fondée dans la mesure où il fait valoir que le SMR a manqué de procéder à une appréciation consciencieuse des différents rapports médicaux figurant au dossier. Pour ce motif, l'« avis cellule de tri » du 1^{er} avril 2016 est dénué de force probante.

c/aa. En effet, le Dr G_____ a pris position uniquement sur l'atteinte à l'épaule droite du recourant (rupture de la coiffe des rotateurs), sur la base du rapport du Dr E_____ du 3 mars 2016, aux termes duquel le recourant, qui souffre d'une rupture itérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite depuis le 15 février 2015, dispose d'une capacité de travail nulle dans l'activité de carreleur, mais entière dans une activité adaptée. Or, plusieurs rapports médicaux, figurant au dossier et faisant état de diverses pathologies et d'autres limitations fonctionnelles, – antérieurs à la décision litigieuse du 19 avril 2018 – ont été ignorés.

Sous l'angle somatique, le recourant présente, outre l'atteinte à l'épaule droite, les affections suivantes : une tendinopathie de l'infra-épineux et une déchirure partielle du long chef du biceps gauche ; une hernie discale L5-S1 et une discopathie dégénérative vertébrale lombaire L3-L4 et L5-S1 ; un status post infarctus et un status post angioplastie avec implantation d'un stent actif. Sous l'angle psychique, il souffre d'un épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entrecoupé par des périodes de trois à quatre mois d'épisodes dépressifs légers.

Dans son rapport du 12 février 2016, le Dr D_____, médecin traitant, qui pose les diagnostics susmentionnés, relève que le recourant a repris son activité à 50 % en tant qu'administrateur depuis le 1^{er} septembre 2015 et que sa capacité de travail,

nulle dans l'activité habituelle depuis le 15 février 2015, est de 50 % dans une activité adaptée à compter du 1^{er} septembre 2016. Dans son rapport du 7 mars 2017, ce médecin indique que le recourant, incapable d'exercer l'activité de carreleur, effectue un travail administratif de bureau à 50 %.

Dans son recours du 18 mai 2018, le recourant explique qu'il a réorganisé son activité en 2015 en raison de son état de santé et cessé toutes les tâches de carreleur. Selon les déclarations du recourant, retranscrites dans le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 10 janvier 2018, celui-ci travaille pour la partie administrative ainsi que pour la supervision des chantiers. Force est ainsi de constater que l'activité du recourant, répartie, à la base, entre les tâches administratives (bureau, vente) et l'exploitation (pose de carrelage), ne comprend plus que la partie administrative. Cela étant, le Dr D_____ ne précise pas sa capacité de travail dans une activité administrative. En outre, on ignore, faute d'explications circonstanciées, pour quels motifs le Dr D_____, – qui retient, à titre de limitations fonctionnelles, en particulier, l'interdiction de faire des flexions du tronc, le port de charges, les travaux répétitifs avec les deux bras, les activités dans différentes positions (à genoux, accroupi) – considère qu'à compter du 1^{er} septembre 2016, le recourant disposerait d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, alors que celui-ci n'exerce plus que des tâches administratives depuis le 1^{er} septembre 2015 et a mis un terme aux activités de carrelage, soit des activités physiques nécessitant la manutention quotidienne et répétitive de charges lourdes dans des postures inconfortables (debout, penché, accroupi) (cf. rapport d'entretien de la SUVA du 15 mai 2013). À cet égard, contrairement à ce que prétend le recourant dans sa réplique, le Dr D_____, dans son rapport du 23 mai 2018, ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il se borne à répéter que le recourant pourrait travailler à 50 % dans des activités administratives, sans expliquer pour quels motifs il retient ce taux, alors qu'il relève que les lombalgies sont exacerbées par les efforts physiques – que le recourant n'effectue plus – et que les douleurs aux deux épaules sont provoquées par une élévation du membre supérieur à partir du niveau de son cou.

Sur le vu de ce qui précède, on ne saurait se fonder sur ces rapports pour apprécier la capacité de travail du recourant.

c/bb. Dans son rapport du 1^{er} mars 2017, le Dr J_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, indique que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée, en tenant compte des limitations fonctionnelles établies par le Dr H_____ dans son rapport d'examen final, lequel est basé sur celui de la CRR.

Force est toutefois de constater que ni le Dr H_____, ni la CRR ne spécifient à quel degré ils évaluent la capacité de travail résiduelle du recourant. Le premier mentionne uniquement les limitations fonctionnelles qu'il retient (activité exigeant des sollicitations répétitives des épaules au-dessus de l'horizontale ou le port de charges excédant 10 kg). La seconde se contente de relever que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles

retenues au niveau de l'épaule est favorable. Qui plus est, la CRR s'est déterminée uniquement sur les atteintes qui ne relèvent que de l'assurance-accidents. Elle n'a donc pas pris en compte les lombalgies dans son évaluation.

On ne saurait donc se fier auxdits rapports en ce qui concerne les atteintes relevant de l'assurance-invalidité.

c/cc. S'agissant de l'infarctus, dont le recourant a été victime le 15 février 2014 et en raison duquel il a subi une angioplastie avec implantation d'un stent actif, le Dr F_____, cardiologue, relève dans son rapport du 27 février 2015 que l'examen clinique était normal et l'évolution clinique favorable, puisque le recourant ne présentait pas de douleur thoracique résiduelle ni de symptôme d'insuffisance cardiaque. Il convient, sur cette base, de retenir que le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail pour des raisons cardiaques au moment où la décision ligueuse a été rendue, ce d'autant qu'il n'a produit aucune pièce médicale qui en attesterait.

c/dd. Sous l'angle psychique, dans son rapport du 10 février 2017, le Dr I_____, psychiatre, pose le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entrecoupé par des périodes de trois à quatre mois d'épisodes dépressifs légers. Le recourant prend de la Fluoxétine. La capacité de travail tant dans l'activité habituelle (d'employé de bureau) que dans une activité adaptée (de bureau) est de 50 % depuis le 15 février 2016. Dans l'anamnèse, le médecin note des décompensations dépressives moyennes et légères récurrentes dans le contexte d'un isolement affectif et partiellement social.

Dans son rapport du 12 février 2016, le Dr D_____ retient une dépression nerveuse ainsi qu'une anxiété depuis le 15 février 2014. Il indique que le recourant était angoissé depuis son infarctus et déprimait. Dans son rapport du 7 mars 2017, ce médecin relève que son patient était suivi par le Dr I_____ suite à une crise cardiaque. Le Dr F_____ pose également le diagnostic d'état anxieux (cf. rapport du 27 février 2015).

Même si le recourant a eu des décompensations dépressives moyennes et légères récurrentes dans le contexte d'un isolement affectif et partiellement social – soit des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux qui ne sont pas du ressort de l'AI – au vu des rapports des médecins traitants précités, il ne semble pas que le Dr I_____ ait retenu le diagnostic d'épisode dépressif récurrent moyen uniquement dans le contexte de troubles psychosociaux. On ignore toutefois, faute d'explications, si la capacité de travail de 50 % que retient le psychiatre dans toute activité (de bureau) se rapporte uniquement à l'épisode dépressif récurrent moyen ou, au contraire, prend aussi en compte les décompensations dépressives dans le contexte de facteurs psychosociaux. Si tel est le cas, on ignore à partir de quelle date ces facteurs n'influencent plus l'évolution et l'appréciation de la capacité de travail du recourant pour ce qui concerne exclusivement le diagnostic d'épisode

dépressif récurrent moyen. En outre, compte tenu de la récente jurisprudence relative aux troubles dépressifs de degré léger à moyen – qu'ils soient récurrents ou épisodiques – on observe que le psychiatre ne spécifie nullement pour quels motifs le recourant présente des limitations fonctionnelles (ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration modérés) ayant des répercussions sur la capacité de travail, en dépit d'un traitement antidépresseur (Fluoxétine), alors qu'il ne souffre que d'un épisode dépressif récurrent moyen (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5.2).

Au vu de ces considérations, on ne saurait pas non plus s'appuyer sur le rapport du Dr I_____ pour apprécier la capacité de travail du recourant.

d. Quant à l'avis du SMR du 6 juillet 2018, que l'intimé a produit avec sa duplique, il est dénué de valeur probante, puisque le Dr G_____ se borne à répéter les conclusions du Dr H_____ (rapport du 12 octobre 2016), de la CRR (rapport du 21 juin 2016), du Dr D_____ (rapports des 12 février 2016, 7 mars 2017, 23 mai 2018) et du Dr I_____ (rapport du 10 février 2017). Or, pour les motifs exposés ci-dessus, on ne saurait se baser sur ces documents pour déterminer la capacité de travail du recourant. De surcroît, le Dr G_____ ne se prononce guère sur la capacité de travail résiduelle du recourant.

e. Il découle de ce qui précède que, faute par l'intimé d'une analyse exhaustive de la situation médicale du recourant, et à défaut d'informations suffisantes sur les répercussions des atteintes à la santé (affections des deux épaules, lombalgies, troubles psychiques) sur la capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives.

11. Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, ce d'autant qu'on ne saurait priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours). Dans la mesure où les Drs D_____ et I_____ se sont déterminés sur la base des examens effectués, ont relevé les plaintes exprimées par le recourant et leurs rapports, en l'état, ne comportent pas de contradictions, de sorte qu'ils sont à ce stade uniquement lacunaires sur certains points (relevés ci-dessus), l'intimé pourrait, dans un premier temps, s'enquérir auprès de ces derniers pour obtenir des clarifications circonstanciées quant à la capacité de travail du recourant. À défaut d'explications convaincantes, l'intimé devra alors mettre en œuvre une expertise.
12. Par économie de procédure, il convient encore de relever les commentaires suivants s'agissant du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé.
 - a. Pour évaluer celui-ci, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative,

assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n. U 237 p. 36 consid. 3b).

b. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références). 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).

c. Dans le cas d'un indépendant, le degré d'invalidité ne saurait être déterminé en appliquant la méthode de la comparaison en pour-cent, cette méthode ne prenant pas en considération le fait que la gestion d'une structure commerciale engendre des charges fixes et incompressibles, telles que loyer, mobilier ou assurances, qui sont indépendantes de la variation du degré d'activité. Une diminution du chiffre d'affaires ne se traduit donc pas par une diminution proportionnelle du bénéfice. De telles circonstances nécessitent bien plutôt l'examen concret de la situation de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1^{er} septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3).

d. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, 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 29 consid. 1 et les références).

Dans la pratique, la méthode extraordinaire est souvent applicable aux indépendants. Elle est surtout utile dans les secteurs agricole et artisanal, mais ne l'est guère dans le domaine administratif (cf. circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, établi par l'office fédéral des assurances sociales dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2018 [CIIAI], ch. 3103 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_346/2012 consid. 4.5).

e. 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_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1^{er} septembre 2011 consid. 3.3 et les références). Il convient donc 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).

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).

13. a. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus

variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral I. 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n. 1 p. 1; I.11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274).

b. Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral I.840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

Lorsqu'un changement d'activité professionnelle est raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre, il y a lieu d'appliquer non pas la méthode extraordinaire mais la méthode ordinaire de comparaison de revenus (arrêts du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.3).

c. Lorsqu'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; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés

linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2).

14. a. En l'espèce, il convient de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en se référant au rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 10 janvier 2018.

Dans ce rapport, l'enquêtrice parvient à la conclusion qu'il y a lieu d'appliquer cette méthode d'évaluation de l'invalidité, au motif que l'incapacité de travail, d'après son analyse, ne semblait pas avoir d'influence effective sur la société Art & Maison SA, dont le recourant est l'administrateur unique. Sur ce, elle a calculé le degré d'invalidité en se fondant sur les résultats d'exploitation et le revenu soumis à cotisation AVS.

Cela étant, les données comptables de l'entreprise du recourant ne sauraient constituer une base valable pour évaluer son incapacité de gain, car elles ne permettent pas de distinguer la part du revenu qui résulte exclusivement de la prestation personnelle de travail du recourant de celle qu'il faut attribuer à des facteurs étrangers. Certes, il ressort des comptes d'exploitations de l'entreprise que les frais résultant de la sous-traitance ont été soustraits du chiffre d'affaires, de même que les frais liés à l'exploitation de la société, et que l'enquêtrice a également déduit le paiement des indemnités journalières par les assurances, comptabilisé dans le bilan. Toutefois, durant les années précédant la survenance de l'atteinte à la santé du recourant (2012 à 2014) de même qu'à compter de la survenance de son atteinte à la santé, la société avait, outre le recourant, un autre employé qui avait également contribué à la réalisation de son chiffre d'affaires, et partant, de son bénéfice d'exploitation. À cela s'ajoute qu'en 2014 et 2015, du personnel temporaire avait été engagé. Or, le salaire versé aux employés n'a pas été soustrait du calcul ; les données comptables enregistrent la masse salariale qui englobe tant le salaire des employés que celui du recourant. En outre, le chiffre d'affaires (CHF 1'032'412.55 en 2011; CHF 1'074'097.57 en 2012; CHF 687'663.78 en 2013; CHF 1'703'945.08 en 2014) et le bénéfice net de l'exploitation (CHF 158'032.09 en 2011; CHF 12'854.95 en 2012; CHF 6'285.29 en 2013; CHF 10'821.35 en 2014) ne sont pas restés stables jusqu'à l'atteinte à la santé. L'activité de la société était ralentie, entre autres, en raison de la séparation du recourant et de la crise économique, et dès 2014, l'enquêtrice a fait état d'une augmentation des mandats (« la société avait obtenu divers marchés et les affaires reprenaient »), fait que le recourant a confirmé dans son opposition et dans son recours (« les années 2015 et 2016 avaient été influencés positivement par l'obtention, avant l'accident, d'un important chantier »). Il s'ensuit que les résultats

d'exploitation pris en compte à titre de revenu sans invalidité et avec invalidité comprennent une part qu'il faut attribuer à des facteurs étrangers (activité des employés de l'entreprise et situation conjoncturelle notamment).

Les revenus à comparer ne pouvant pas être établis de manière fiable, l'invalidité du recourant doit, à priori, être évaluée conformément à la méthode extraordinaire. Cela étant, suite à son atteinte à la santé en 2015, le recourant a cessé toutes les tâches de carreur et travaille depuis lors uniquement en tant que responsable administratif. Dans ce cas de figure, il y a lieu de renoncer à l'application de cette méthode d'évaluation, puisque la comparaison des activités – utile dans les secteurs agricole et artisanal – s'avère inutile dans le domaine administratif (arrêt du Tribunal fédéral 8C_346/2012 du 24 août 2012 consid. 4.5). Dans ces circonstances, il convient d'évaluer l'invalidité suivant la méthode générale de comparaison des revenus – il y a en effet lieu d'admettre que le recourant aurait continué à exercer une activité lucrative à plein temps, sans atteinte à la santé.

b. La différence entre le calcul opéré par l'enquêtrice et celui qu'il y a lieu d'effectuer ici réside dans les paramètres à prendre en compte pour déterminer les revenus à comparer. Dans la première hypothèse, pour autant que les données comptables soient fiables – ce qui n'est pas le cas en l'espèce –, les résultats d'exploitation avant et après la survenance de l'invalidité sont décisifs. Dans le second cas, on détermine les revenus sans et avec invalidité de la manière qui sera exposée ci-après.

On relèvera au préalable que, dans la mesure où le recourant, bien que salarié de l'entreprise B_____ SA, en est l'administrateur unique avec signature individuelle, il dispose d'une influence déterminante sur celle-ci. De par cette position, il a une influence déterminante sur la répartition des revenus entre salaire et bénéfice, de sorte qu'on ne peut pas se baser seulement sur les extraits du CI pour fixer son taux d'invalidité (cf. CIIAI, ch. 3028.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_346/2012 du 24 août 2012 consid. 4.6).

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

b/bb. 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).

In casu, le taux d'invalidité doit se calculer dès le moment de la naissance du droit à la rente soit en l'occurrence, à l'échéance du délai d'attente d'un an dès l'incapacité durable de travail, soit en février 2016. Il y a lieu de se référer aux données communiquées par B_____ SA le 1^{er} juillet 2016, aux termes desquelles le revenu du recourant s'élèverait, sans atteinte à la santé, à CHF 62'400.- en 2016 – montant qui paraît probable compte tenu du fait que celui-ci perçoit depuis février 2000 un salaire annuel de CHF 60'000.- (cf. questionnaire pour l'employeur du 1^{er} juillet 2016 ; demande de prestations du 4 novembre 2011 ; rapport d'enquête du 10 janvier 2018). Il convient donc de retenir un revenu sans invalidité de CHF 62'400.- en 2016.

b/cc. Quant au revenu d'invalidé, 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).

In casu, une fois avoir clarifié la situation médicale du recourant et examiné l'exigibilité d'une nouvelle activité professionnelle au vu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas d'espèce, l'intimé sera fondé à se référer aux ESS pour déterminer le revenu d'invalidé.

15. Enfin, le recourant prétend qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité sur la base de la note du service de réadaptation du 7 février 2018.

Il a été relevé dans cette note que, le recourant, indépendant depuis 1988, avait pu reprendre son activité habituelle à 50 % à compter du mois de septembre 2015. Il n'était pas indiqué qu'il change d'activité. Dans ce cas précis, la capacité de travail se confondait avec la capacité de gain.

a. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I.1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

b. En l'occurrence, contrairement à ce que semble croire le recourant, on ne saurait retenir que le service de réadaptation, lorsqu'il affirme que celui-ci a repris son activité habituelle à 50 %, admet une capacité de travail à hauteur de 50 %, ce d'autant que, pour les motifs exposés ci-dessus, la capacité de travail du recourant mérite des éclaircissements. Ce n'est qu'une fois ce point clarifié que l'on peut déterminer si, le cas échéant, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. D'ailleurs, le fait d'avoir longtemps travaillé à titre

indépendant ne suffit pas, à lui seul, pour conclure à l'absence d'exigibilité d'un changement d'occupation professionnelle, puisque le recourant possède d'autres expériences professionnelles, dans des domaines économiques autres que celui dans lequel il a œuvré en tant que carreleur (à savoir : peintre en bâtiment, vendeur, ouvrier en mécanique de précision) (cf. rapport du Dr D_____ du 12 février 2016), ce qui démontre d'importantes capacités d'adaptation et, partant, l'exigibilité d'un changement de profession. Il incombera toutefois à l'intimé d'apprécier dans quelle mesure un changement d'activité, le cas échéant, serait raisonnablement exigible au vu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas d'espèce.

16. Par conséquent, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
17. Le recourant, représenté, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordé à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 19 avril 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'500.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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