

GE_GERICHTE ATAS/183/2019 vom 6. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_183_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/183/2019 du 6 mars 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/183/2019 del 6 marzo 2019

Erwägungen

E. 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.

A/310/2018 - 14/22 -

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Est litigieuse, en l'occurrence, la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité.

E. 4

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 1er 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.

E. 5

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a).

L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6

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

A/310/2018 - 15/22 - 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). 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. b/aa. 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). b/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V

351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 7

a. 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

A/310/2018 - 16/22 - 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). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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).

E. 8

En l'occurrence, l'intimé a retenu que le recourant présentait, depuis le 15 octobre 2012, une capacité de travail de 40% dans son activité habituelle et de 60% dans une activité adaptée, ce que le recourant conteste. À l'appui de sa position, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du Dr H_____ du SMR du 31 août 2017. Selon ce médecin, compte tenu des limitations fonctionnelles, de la fatigabilité, de l'impossibilité d'effectuer des efforts physiques et des résultats de l'enquête, il était en mesure de dire que la capacité de travail du recourant dans l'ancienne activité était de 40% et dans une activité adaptée de 60%. À la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, la chambre de céans est toutefois d'avis que l'on ne saurait confirmer les conclusions du SMR, et ce pour les motifs qui suivent. On relèvera déjà que l'avis succinct du SMR du 31 août 2017 ne contient aucun diagnostic. Certes, le Dr H_____ a-t-il renvoyé à l'avis du SMR du 30 mai 2016. Force est toutefois de constater que celui-ci portait uniquement sur les suites du

A/310/2018 - 17/22 - cancer du recourant, soit une asthénie marquée et un dumping syndrome post-oesophagectomie, alors qu'il n'est pas contesté que le recourant présentait également de l'arthrose des mains et un syndrome post-thrombotique du membre supérieur droit (cf. avis du SMR du 24 août 2015). En outre, l'avis du Dr H_____ n'indique pas à partir de quelle date les taux de capacités de travail retenus - 40% dans l'activité habituelle et 60% dans une activité adaptée - seraient valables. Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, soit 40%, on relèvera que si la Dresse C_____ a certes fait état d'une telle capacité à compter du 1er janvier 2016 (rapports des 15 décembre 2015 et 2 mai 2016), force est toutefois de relever que pour la période antérieure au 1er janvier 2016, aucun médecin ayant examiné le recourant n'a estimé que ce dernier présentait une telle capacité de travail. En outre, alors que le SMR avait considéré que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité complètement adaptée et légère devait se faire par une observation en situation (cf. avis du 30 mai 2016), on peine à comprendre comment le Dr H_____ est parvenu à la conclusion que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était de 60%, alors qu'aucune observation en situation n'a été effectuée au préalable. De surcroît, aucun médecin ayant examiné le recourant ne s'était prononcé sur le taux de sa capacité de travail résiduelle. En procédant de la sorte, le SMR a ainsi posé de nouvelles conclusions, alors qu'il doit se limiter à porter une appréciation sur celles déjà existantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). Enfin, la teneur de l'avis du SMR du 24 août 2015, selon lequel l'APG avait retenu une « capacité de travail » de 62% dès le 15 octobre 2014 - alors qu'il s'agissait en réalité d'une « capacité de gain » de 62% - (cf. pièces 24 page 1 chargé intimé et 29 chargé recourant), laisse à penser que le Dr H_____ s'est fondé, à tort, sur l'information transmise par l'APG pour retenir également une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. Pour l'ensemble de ces motifs, force est de constater que les rapports versés à la procédure ne permettent pas de confirmer l'appréciation de l'intimé, à savoir que le recourant présentait, dès le 15 octobre 2012, une capacité de travail de 40% dans son activité habituelle et de 60% dans une activité adaptée. Par ailleurs, s'agissant des atteintes invoquées pour la première fois par le recourant dans son écriture du 27 août 2018, la chambre de céans rappellera que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts

A/310/2018 - 18/22 - cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). En l'occurrence, si le trouble dépressif récurrent et la polyneuropathie sensitivo-motrice ont certes été diagnostiqués postérieurement à la décision litigieuse du 7 décembre 2017, les rapports versés à la procédure ne permettent toutefois pas d'exclure que ces atteintes n'avaient pas déjà une influence sur la capacité de travail du recourant avant le 7 décembre 2017 (date déterminante de la décision litigieuse), ce d'autant plus qu'en juin 2015, le Dr F_____ avait déjà recommandé, au vu des plaintes du recourant, d'effectuer des investigations neurologiques et psychologiques (cf. rapport du 16 juin 2015, p. 3). Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de

statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate des atteintes à la santé dont souffrait le recourant, leurs éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme notamment d'une expertise médicale indépendante auprès de médecins spécialisés en gastroentérologie, médecine interne, neurologie, et psychiatrie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies que l'intimé n'a mis en oeuvre aucune expertise. En cas de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé sera également organisé.

E. 9

Il convient à présent d'examiner le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé.

E. 10

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

A/310/2018 - 19/22 - 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). b/aa. 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 1er septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3). b/bb. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 3.3 et les références). b/cc. 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 RAI 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

A/310/2018 - 20/22 - 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 p. 30 et les références).

E. 11

En l'espèce, l'intimé a évalué le degré d'invalidité du recourant en appliquant la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Afin de déterminer le revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur les résultats du compte pertes et profits de l'année 2009 et s'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé a effectué une moyenne des résultats d'exploitation des années 2014 à 2016 (cf. rapport d'enquête économique du 21 septembre 2017). Compte tenu de l'ensemble des pièces versées au dossier, la chambre de céans est toutefois d'avis que le résultat de l'entreprise pour l'année 2009 ne saurait être retenu en tant que revenu sans invalidité étant donné qu'il est établi, et non contesté par l'intimé (cf. enquête économique du 14 juillet 2017) que le recourant souffrait déjà d'une rhizarthrose bilatérale cette année-là (cf. expertise du Dr D_____, p. 5 et avis du SMR du 24 août 2015) entraînant une incapacité de travail dès octobre 2009 (cf. pièce 28 p. 91 chargé intimé). Par ailleurs, les années antérieures à 2009 ne sauraient être prises en compte, en l'état, dès lors que le recourant allègue avoir souffert d'une dépendance à l'alcool dès 2001 avec des répercussions sur son travail. Si les pièces versées au dossier ne permettent pas d'établir si cette atteinte a eu effectivement des conséquences sur la capacité de travail du recourant, il n'en demeure pas moins qu'il est établi que le recourant a souffert de cette addiction et qu'il est sevré depuis 2009 (expertise du Dr D_____ p.4 et expertise du Dr F_____, p. 3). Quoi qu'il en soit, quand bien même le recourant disposait encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, on ne peut procéder, comme l'a fait l'intimé, en se fondant sur les résultats de l'entreprise avant et après invalidité. En effet, 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. Comme l'a relevé l'intimé lui-même, au vu d'un chiffre d'affaire bas, toute variation, même faible, au niveau des charges avait une importance sur le résultat de l'entreprise (enquête économique du 14 juillet 2017, p. 10). En outre, en raison de ses atteintes à la santé, le recourant a été contraint de sous-traiter une partie de ses activités, de sorte qu'il n'est pas possible de tirer de ces chiffres une appréciation pertinente des effets sur la capacité personnelle de gain du recourant de la diminution de sa capacité de rendement due à l'invalidité. L'incapacité de gain du recourant ne saurait se confondre avec la diminution du bénéfice d'exploitation de son entreprise, dans la mesure où ce raisonnement fait fi des circonstances - étrangères à l'invalidité - qui ont influencé la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré. Au demeurant, la chambre de céans relèvera que dans le cadre de l'enquête économique du 14 juillet 2017, l'intimé était également parvenu à cette conclusion, considérant

A/310/2018 - 21/22 - qu'au vu des éléments autres que l'atteinte à la santé (éléments économiques et organisationnels), il était difficile de se fier à la comptabilité de l'entreprise (p. 10 du rapport d'enquête économique du 14 juillet 2017). Or, de manière contradictoire, l'intimé s'est tout de même fondé sur les résultats de l'entreprise pour fixer les revenus sans et avec invalidité du recourant. Partant, le calcul de l'invalidité, tel qu'effectué par l'intimé, n'est ainsi pas de nature à permettre une évaluation conforme au droit des effets des atteintes à la santé sur la capacité de gain du recourant.

E. 12

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement. La décision litigieuse sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, le cas échéant, d'un stage d'observation professionnelle. Cela fait, il appartiendra à l'intimé d'effectuer une nouvelle évaluation de l'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

E. 13

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 14

Un émoluments de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/310/2018 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :