

GE_GERICHTE A/3668/2016 vom 12. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3668_2016

FR: GE_GERICHTE A/3668/2016 du 12 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE A/3668/2016 del 12 luglio 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Marie FAIVRE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, d'origine yougoslave, marié et père de trois enfants, réside en Suisse depuis 1985. Sans formation professionnelle, il a travaillé dans le bâtiment, comme manœuvre, machiniste puis maçon. 2. Le 14 juillet 1996, l'assuré a été victime d'un accident ayant entraîné la rupture du ligament croisé antérieur du genou droit. Cette lésion a nécessité la résection par arthroscopie de la corne postérieure du ménisque ainsi qu'une plastie du ligament croisé antérieur en date du 28 août 1996. 3. En arrêt de travail depuis ce sinistre, l'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation de Bellikon du 2 au 30 juillet et du 27 août au 26 septembre 1997. Selon le rapport de sortie établi le 21 octobre 1997, une orthèse du genou droit et des chaussures sur mesure avaient permis d'améliorer la sensation d'instabilité, laquelle persistait toutefois, associée à des douleurs liées à la charge. À l'issue d'une évaluation professionnelle, il était relevé que l'assuré possédait de bonnes facultés manuelles et d'assimilation des informations visuelles, et qu'il pourrait travailler dans de nombreuses branches industrielles. S'il ne pouvait plus exercer sa profession habituelle de maçon, une activité plus légère, permettant l'alternance de la charge et des positions assise et debout, était possible à plein temps. Un soutien de formation de six mois dans le domaine du montage technique était recommandé. 4. Le 25 septembre 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (depuis lors, l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève [ci-après : l'OAI]) précisant solliciter une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et/ou un placement. 5. Le 8 décembre 1997, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA), assureur-accidents de l'assuré, a rendu un rapport final suite à l'examen de l'assuré. Il a relevé que l'évolution avait été marquée par la persistance des douleurs localisées au genou, pour lesquelles il n'était pas possible de mettre en évidence d'éléments objectifs, le genou étant sec, sans chaleur particulière et mobile de manière complète et symétrique. Le traitement était terminé et l'état stabilisé. L'activité habituelle de maçon n'était plus exigible, mais une activité ne surchargeant pas le genou droit, ne nécessitant pas de s'agenouiller ou de s'accroupir fréquemment, et permettant l'alternance des positions assise et debout, était possible à plein temps et avec un rendement total. 6. En date du 27 avril 1998, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision, selon lequel il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1 er juillet au 31 décembre 1997. Il considérait en effet que la capacité de travail en tant que

maçon était nulle en raison des atteintes physiques, mais que rien n'empêchait l'assuré d'exercer une activité telle que servant de machines, sans avoir besoin d'un complément ou d'une nouvelle formation. Après comparaison des revenus, l'OAI a conclu à une perte de gain de 35%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, compte tenu du niveau général de formation de l'assuré, des mesures de réadaptation professionnelle n'entraient pas en ligne de compte, car elles ne permettraient pas d'augmenter la capacité de gain retenue. Par contre, l'assuré pouvait bénéficier du service de placement. L'OAI a précisé à l'assuré que, sans intervention de sa part, ce projet lui serait ultérieurement notifié sous forme de décision.![endif]>![if> 7. Le 18 septembre 1998, l'OAI a communiqué les données de l'assuré à la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) chargée du versement de la rente pour calcul des prestations, rappelant la durée limitée du droit à la rente.![endif]>![if> 8. Par décision du 2 novembre 1998, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente ordinaire simple, ainsi que des rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants, dès le 1 er novembre 1998, ajoutant que les répartitions du rétroactif pour la période du 1 er juillet 1997 au 31 octobre 1998 feraient l'objet d'une décision séparée.![endif]>![if> 9. En date du 4 février 1999, l'OAI a rendu une nouvelle décision remplaçant la précédente et alloué à l'assuré, à compter du 1 er juillet 1997, une rente ordinaire simple, ainsi que des rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants. Le montant mensuel desdites rentes s'élevait à CHF 3'463.- jusqu'au 31 décembre 1998 et à CHF 3'499.- dès le 1 er janvier 1999. ![endif]>![if> 10. Par décision du 14 avril 1999, la SUVA a accordé à l'assuré, dès le 1 er janvier 1999, une rente complémentaire d'invalidité calculée sur une incapacité de gain de 30%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 5%. ![endif]>![if> 11. En novembre 2007, l'OAI a supprimé la rente complémentaire en faveur de l'épouse de l'assuré, compte tenu de l'introduction de la 5 ème révision de l'AI, puis, en novembre 2009, celles en faveur des deux fils cadets de l'assuré, faute d'avoir reçu des attestations d'étude.![endif]>![if> 12. Suite à une demande de l'assuré tendant à l'octroi de moyens auxiliaires, le docteur C_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a rendu un rapport le 4 mars 2010. Il a diagnostiqué une surdité de perception bilatérale prédominante à droite et conclu que l'assuré avait droit à un niveau d'appareillage de classe 2. ![endif]>![if> 13. Par décision du 24 août 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente complémentaire pour l'un de ses fils à compter du 1 er août 2010.![endif]>![if> 14. Le 1 er septembre 2010, l'OAI a écrit à la caisse qu'il avait constaté, suite à sa dernière décision, que l'assuré percevait toujours une rente d'invalidité à 100% alors que celle-ci avait été limitée au 31 décembre 1997. L'OAI a dès lors prié la caisse de supprimer cette rente et de demander la restitution des rentes indûment touchées. ![endif]>![if> 15. Par décision du 8 décembre 2010, l'OAI a supprimé avec effet rétroactif au 1 er novembre 2005 les rentes servies à l'assuré et a réclamé à ce dernier la restitution d'un montant de CHF 188'751.- correspondant aux rentes versées à tort du 1 er novembre 2005 au 31 octobre 2010. ![endif]>![if> 16. Statuant sur recours de l'assuré contre cette décision, la chambre de céans l'a annulée pour cause de péremption, l'OAI ayant eu maintes occasions de connaître les faits fondant l'obligation de restitution s'il avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger de lui (ATAS/1039/2011 du 9 novembre 2011).![endif]>![if> 17. En date du 9 février 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations et soutenu être en incapacité totale de travail depuis 1996 en raison de son atteinte au genou droit.![endif]>![if> 18. Dans un rapport du 18 mars 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a signalé la persistance de douleurs constantes, à l'effort et au repos, et constaté un petit épanchement

intra-articulaire, un genou droit stable et une flexion/extension 130/0/0. Il a ajouté que les clichés radiologiques révélaient les signes d'une gonarthrose débutante et mineure, mais suffisamment handicapante pour les activités lourdes. [endif]>[if> 19. Dans une note du 24 mai 2011, la doctoresse E_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a estimé que les indications contenues dans le rapport du Dr D_____ du 18 mars 2011 constituaient des éléments concrets d'aggravation de l'état de santé. [endif]>[if> 20. En date du 13 juillet 2011, le Dr D_____ a répondu à un questionnaire de l'OAI et retenu les diagnostics d'instabilité du genou droit (depuis 1994) et de status après une plastie du ligament croisé antérieur droit (depuis 1996). L'activité habituelle de maçon n'était plus exigible et étaient notamment contre-indiquées, les activités en positions debout, penchée, accroupie, à genoux, en rotation des positions assise et debout, en terrain irrégulier, ou encore celles impliquant de monter des escaliers, de soulever ou porter des charges. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées. [endif]>[if> 21. Par avis du 25 octobre 2011, le SMR a rappelé les conclusions du rapport final du médecin d'arrondissement de la SUVA et celles du Dr D_____, et considéré que l'évolution sur de très longues années était minime, que leurs constatations objectives étaient superposables et que, depuis décembre 1997, l'assuré avait une capacité de travail entière dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. Il a également relevé que l'assuré pouvait désormais étendre complètement sa jambe droite et que seul un traitement anti-inflammatoire de réserve était en cours. [endif]>[if> 22. Le 1^{er} novembre 2011, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au refus de toute prestation. [endif]>[if> 23. En date du 7 décembre 2011, l'assuré s'y est opposé au motif notamment que son état de santé s'était détérioré depuis 1998. À l'appui de sa missive, il a joint les pièces suivantes : [endif]>[if> - une attestation du 28 mars 2011 du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant que l'assuré souffrait d'une affection mentale qui présentait une péjoration nette et sévère depuis qu'il avait été sommé de rembourser les rentes d'invalidité des cinq dernières années ; [endif]>[if> - un rapport du 15 avril 2011 établi par le Dr C_____ attestant que la surdité de l'assuré s'était aggravée depuis 2003 et qu'il avait bénéficié d'un appareillage binaural qui lui avait facilement permis de surmonter son handicap ; l'hypoacousie ne justifiait pas une incapacité de travail, mais une activité dans une ambiance bruyante devait être évitée ; [endif]>[if> - un rapport rédigé le 3 mai 2011 par le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, lequel a énuméré les affections pour lesquelles l'assuré l'avait consulté depuis 1998, soit un syndrome allergique en 1998, un syndrome descendant en 1999, une gastrite aiguë en 2001, une bronchite aiguë en 2005, des bronchopneumonies en 2006 et 2007, un diabète sucré type II et une hernie hiatale en 2008, une épicondylite gauche en 2010 et une névralgie intercostale en 2011 ; en outre, il avait récemment adressé l'assuré en milieu psychiatrique en raison de troubles anxieux suite à la révision de sa rente d'invalidité ; [endif]>[if> - un rapport du 29 novembre 2011 du Dr D_____, lequel a rappelé qu'aucune arthrose n'était visible sur les radiologies de 1998 ; il a confirmé que le genou de l'assuré évoluait vers l'arthrose douloureuse, ce qui n'était en aucun cas compatible avec une activité physique telle qu'un travail de maçon ; la station debout et la marche pouvaient provoquer d'importantes douleurs et contribuer à la péjoration rapide de l'arthrose et le handicap pouvait devenir de plus en plus lourd. [endif]>[if> 24. Par avis du 7 février 2012, la doctoresse H_____, médecin auprès du SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique afin de déterminer si

l'assuré présentait une aggravation objective de son état de santé somatique ayant des répercussions sur la capacité de travail exigible. Elle a ajouté qu'il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail durable pour des raisons psychiatriques puisque le Dr F_____ avait indiqué que l'aggravation était réactionnelle à la décision de l'OAI et par essence non durable. Concernant l'hypoacousie, elle a rappelé les termes du spécialiste selon lequel cette affection n'entraînait aucune incapacité de travail. [endif]>[if> 25. Mandaté par l'OAI, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise le 12 septembre 2012.[endif]>[if> Il a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une déchirure symptomatique du ligament croisé antérieur du genou droit le 14 juillet 1996, un status post plastie du ligament croisé antérieur droit en septembre 1996, une raideur résiduelle du genou droit en flexion et en extension modérée, une atrophie musculaire de 1 cm aux membres inférieurs droits, une gonarthrose droite secondaire modérée, une hypoacousie de perception bilatérale prédominante à droite. Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un diabète de type II, une hyperferritémie sur un syndrome métabolique probable avec une stéatose hépatique, une hypercholestérolémie en 2009 et une vraisemblable goutte. Les plaintes actuelles étaient essentiellement des douleurs continues au niveau du genou droit, diurnes et nocturnes, perturbant les journées et les nuits. Le périmètre de marche était extrêmement limité, soit 10 m au maximum, et la marche en terrain accidenté impossible sans symptômes. Sur le plan clinique, les plaintes subjectives n'étaient pas objectivées, mais il persistait une discrète atrophie musculaire au niveau du membre inférieur droit. L'expert avait constaté la présence d'une tendinopathie rotulienne aiguë voire subaiguë au niveau du genou droit pouvant expliquer les douleurs inflammatoires. La marche était effectuée avec une légère boiterie au niveau du membre inférieur droit laissant évoquer une discrète raideur en extension du genou. Le reste du status était dans la limite de la norme. Au niveau des genoux, la mobilité à droite était de 130-0-15 et de 140-0-20 à gauche. Le genou était sec, avec une hyperlaxité sagittale, symétrique. Le bilan radiologique réalisé après l'examen clinique mettait en évidence de discrets signes d'arthrose, actuellement non décompensée sur le plan radiologique. L'assuré ne pouvait plus travailler en tant que maçon en raison de ses problèmes au genou droit, et ce depuis le 14 juillet 1996. Les activités en terrain accidenté, celles comportant le port de charge ou réalisées dans des chantiers avec des échafaudages étaient contre-indiquées à cause de l'évolution arthrosique du genou droit et des douleurs persistantes. L'assuré souffrait également d'hypoacousie bilatérale, ce qui excluait les travaux requérant une attention auditive particulière. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées. Sur le plan psychique et mental, la situation asséurologique rendait nécessaire un soutien psychothérapeutique. La situation n'avait que peu évolué depuis le rapport de 1997 du médecin d'arrondissement de la SUVA, dont les conclusions restaient identiques sur le plan orthopédique. Partant, depuis cette date, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement dans toutes les activités ne requérant pas la surcharge du genou droit et la nécessité de s'agenouiller ou de s'accroupir fréquemment. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. Toutefois, l'assuré n'ayant pas eu d'activité professionnelle depuis 1996, il serait très difficile de mener à bien une telle reconversion. L'inactivité pendant tant d'années et l'absence de toute reconversion professionnelle sortaient du domaine médical. 26. Le 22 juillet 2013, l'OAI a établi un rapport de réadaptation professionnelle suite à un entretien avec l'assuré le 16 mai 2013. Il en ressort notamment que l'intéressé faisait état de

limitations physiques en lien avec le port de charges, la marche, les positions statiques, des cervicalgies et un environnement bruyant. Au niveau psychologique, il dormait mal, prenait des somnifères et était préoccupé par le problème asséculoologique. ![/endif]>![if> 27.

L'OAI a pris en charge un stage d'orientation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 26 août au 24 novembre 2013 afin de déterminer de quelle manière la pleine capacité de travail résiduelle pourrait être exploitée et se prononcer sur l'indication d'autres mesures professionnelles. ![/endif]>![if> 28. Dans leur rapport du 28 novembre 2013, les EPI ont dressé un premier bilan à l'issue de la période intramuros qui s'était déroulée du 26 août au 11 octobre 2013, période pendant laquelle l'assuré avait été absent 10 jours. Ils ont indiqué que ses capacités physiques étaient compatibles avec des activités légères et pratiques en position assise, lui laissant la possibilité de faire de courtes déambulations pour se détendre. Toutefois, l'assuré était démonstratif quant à ses limitations, sa résistance semblait insuffisante et sa récupération difficile. Son attitude générale ne lui permettait pas d'envisager une intégration du marché économique ordinaire ou de faire des stages en entreprises dans des conditions acceptables. Ses capacités d'apprentissage étaient globalement limitées à des activités simples et répétitives. Seule une mise au courant pratique basée sur la répétition et ou la démonstration était possible. Quant aux capacités sociales, l'assuré connaissait et respectait toutes les règles en vigueur, mais il ne démontrait pas de signes tangibles de grande motivation, était déconditionné et n'avait plus le rythme du monde du travail. Une longue période de réentraînement paraissait la meilleure solution pour une réinsertion progressive. Un second bilan a été réalisé suite à la période de stages prévue du 14 octobre au 24 novembre 2013. Étaient notamment relevées une attitude plaintive et une souffrance évidente. Après les deux premiers jours de stage à 50%, l'assuré ne s'était plus présenté et avait produit des certificats d'arrêt maladie émis par son médecin traitant et par son psychiatre. ![/endif]>![if> 29. Selon un rapport de l'OAI du 3 décembre 2013, le psychiatre de l'assuré lui avait indiqué que son patient était actuellement réfractaire à une prise en charge psychiatrique, mais qu'un traitement antidépresseur et psychothérapeutique pourrait lui permettre de surmonter son état dépressif. En raison du manque d'engagement et de cette atteinte psychique, transitoire en cas de soin, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. ![/endif]>![if> 30.

Par décision du 6 décembre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} novembre 2011 et rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Il a relevé que son état de santé ne s'était pas modifié depuis l'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA le 8 décembre 1997 et qu'il était toujours à même d'exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché du travail équilibré sans formation complémentaire. Partant, le taux d'invalidité calculé dans la décision initiale ne devait pas être révisé. En outre, l'OAI a reproché à l'assuré de ne pas avoir fait preuve d'un engagement suffisant durant les mesures de réadaptation, raison pour laquelle la poursuite de l'examen des mesures professionnelles était refusée. ![/endif]>![if> 31. En date du 27 janvier 2014, l'assuré a recouru contre la décision précitée et conclu à son annulation et à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle mesure de réadaptation, voire pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire aux fins de déterminer l'évolution de son état de santé entre 1998 et février 2011. ![/endif]>![if> 32. Le 5 février 2014, l'OAI a reçu une attestation non datée du Dr F_____, lequel a mentionné les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble dépressif, épisode actuel sévère (F32.2). Il suivait l'assuré depuis le 16 mars 2011 et la capacité de travail était nulle depuis le 16 février 2011. Le pronostic était mauvais. ![/endif]>![if> 33. En date du 18 mars 2014, l'assuré a complété son recours et

conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, au fond, à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision quant à la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réinsertion et de réadaptation professionnelle. Il a notamment soutenu que son état de santé s'était sensiblement aggravé depuis juillet 1996, que l'absence de suivi de la part de l'OAI jusqu'en 2010 avait détérioré sa situation et que des mesures d'ordre professionnel devaient être précédées de la mise en œuvre d'un placement à l'essai dans une activité appropriée afin de vérifier sa capacité de travail, ainsi que de mesures de réinsertion impliquant notamment un entraînement progressif à l'endurance, un appui sur le lieu de travail et un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Les constatations des médecins traitants permettaient la réouverture du dossier selon les termes de sa requête en révision.

34. Dans sa réponse du 13 mai 2014, l'OAI a relevé que l'assuré sollicitait la mise en place de mesures d'ordre professionnel, notamment un entraînement progressif à l'endurance, mesure qui lui avait précisément été accordée mais à laquelle il avait mis un terme après deux jours. Compte tenu de l'absence de motivation et de l'attitude générale de l'assuré, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

35. Le 5 juin 2014, l'assuré a répliqué et conclu principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2010, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer « sur le plan physique et somatique » la réalité de l'aggravation de son état de santé et ses conséquences sur sa capacité de gain, voire au renvoi du dossier à l'OAI pour la mise en œuvre de nouvelles mesures de réadaptation compte tenu de sa longue période d'inactivité.

L'assuré a notamment annexé un rapport intermédiaire établi le 2 juin 2014 par le Dr F_____, lequel a mentionné que l'état de santé de son patient s'était aggravé et que celui-ci présentait une symptomatologie dépressive sévère entraînant une incapacité de travail à 100%. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) avec une influence sur la capacité de travail depuis le 3 juin 2013. Les limitations fonctionnelles consistaient en de l'apathie, une perte d'élan vital, une irritabilité, un sentiment de persécution et de désespoir. Le traitement comprenait la prise de Cipralax et de Seroquel.

36. Dans sa duplique du 1^{er} juillet 2014, l'OAI a persisté.

37. Par arrêt du 15 octobre 2014 (ATAS/1086/2014), la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assuré, renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il procède selon l'art. 21 al. 4 LPGA puis statué formellement sur le droit aux mesures de réadaptation, et confirmé la décision du 6 décembre 2013 pour le surplus. Elle a considéré que le rapport d'expertise du Dr I_____ remplissait les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et a conclu que l'assuré présentait depuis décembre 1997 une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée. L'orientation professionnelle aux EPI avait permis de confirmer que ses aptitudes physiques étaient compatibles avec des activités légères et pratiques en position assise lui permettant de se lever pour se détendre, et que ses facultés d'apprentissage lui permettaient de réaliser des activités simples et répétitives. Toutefois, l'assuré était déconditionné et n'avait plus le rythme du monde du travail après tant d'années d'inactivité professionnelle. L'absence pour raisons médicales lors du stage de réentraînement ne suffisait pas à retenir un manque de faculté subjective permettant de considérer que de nouvelles mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec et l'OAI n'avait pas adressé à l'assuré une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Il paraissait illusoire que l'assuré puisse retrouver un quelconque emploi par ses propres moyens, étant

rappelé qu'il était âgé de 53 ans, déconditionné par près de 20 ans d'inactivité professionnelle et incapable d'exercer un métier physique alors que sa dernière activité était celle de maçon. L'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle supplémentaire financée par l'OAI apparaissait indispensable pour lui permettre un retour à la vie active et d'influencer positivement sa capacité de gain. [endif]>[if> Aucun recours n'a été interjeté contre cet arrêt, lequel est entré en force. 38. Faisant suite à l'arrêt précité, l'OAI a reçu l'assuré le 29 janvier 2015 en présence de son conseil. L'intéressé a annoncé une aggravation de son état de santé, avec des douleurs généralisées, mais sans changement notable. Il avait bénéficié d'une infiltration au niveau lombaire et rencontrait son psychiatre une fois par mois. Il prenait toujours des antidépresseurs et se déclarait ralenti par les effets secondaires des médicaments. Suite à la proposition de reprendre le stage de réentraînement interrompu après seulement deux jours en novembre 2013, l'assuré a répondu qu'il ne savait pas s'il serait capable de travailler, il se considérait comme une victime. Il a été convenu de mettre sur pied un nouveau stage de réentraînement au travail d'une durée de trois mois, avec un début à 50% et une augmentation du taux d'activité dès la troisième semaine, dans le but d'atteindre une participation à plein temps dès le deuxième mois. [endif]>[if> 39. Par communication du 5 mars 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de réentraînement au travail aux EPI du 23 mars au 28 juin 2015.[endif]>[if> 40. Le même jour, l'OAI lui a adressé une seconde communication intitulée « sommation » et l'a mis en demeure de participer à la mesure de réentraînement au travail, attirant son attention sur son obligation de collaborer.[endif]>[if> 41. En date du 26 mai 2015, l'assuré a consulté le service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG) où un claquage musculaire a été diagnostiqué. Selon le résumé de séjour établi le jour même, l'assuré avait présenté une brutale douleur au mollet juste après s'être levé de sa chaise. Un arrêt de travail était justifié jusqu'au 1 er juin 2015.[endif]>[if> 42. Le 1 er juin 2015, l'OAI a reçu une attestation du Dr F_____, datée du 29 décembre 2015 (sic) et mentionnant les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble dépressif épisode actuel sévère (F32.2). L'assuré avait débuté une activité de réadaptation le 23 mars 2015, mais sa résistance psychique et sa capacité d'adaptation étaient très faibles. Il avait dû beaucoup puiser dans ses ressources pour arriver à faire ce qu'on lui demandait. Le psychiatre avait constaté une aggravation inquiétante de l'état psychique de son patient et notamment une recrudescence de la symptomatologie dépressive. Une attention toute particulière devait être accordée à l'assuré pour ne pas le pousser au-delà de ses capacités psychiques, très diminuées, au risque de le voir décompenser totalement. Le traitement médicamenteux pouvait contribuer à diminuer le rendement. L'incapacité de travail était totale depuis le 16 février 2011 et le pronostic mauvais.[endif]>[if> 43. Par courrier du 8 juin 2015, l'assuré a indiqué à l'OAI que le stage ne respectait pas la nécessité d'engager le processus de façon très progressive. [endif]>[if> Il a joint une attestation datée du 29 mai 2015 du Dr F_____, dont le contenu était identique à celle reçue par l'OAI le 1 er juin 2015. Selon le rapport rendu le 28 août 2015 par Monsieur J_____, chef de secteur aux EPI, les observateurs n'avaient pas constaté de signes de fatigue ou de douleurs durant le stage. L'assuré avait occupé un poste d'ouvrier à l'établi à 50% et était affecté au montage de céramique, avec une position assise (90%) et de courtes alternances en position debout (10%). Du 23 mars au 29 avril 2015, l'assuré avait été 10 jours en arrêt maladie. Ses rendements étaient passés de 40% à 60%. Le responsable de l'assuré avait déclaré que ce dernier était respectueux des règles, mais moyennement engagé et intéressé. Les consignes étaient suivies, mais il fallait s'assurer

qu'elles soient bien comprises. Le niveau peu élevé des rendements s'expliquait peut-être par le fait que l'assuré devait maintenir sa jambe droite tendue, ce qui l'éloignait de l'établi. Le stage n'avait pas été satisfaisant compte tenu du trop bas rendement pour un taux d'activité réduit. Du 30 avril au 3 juin 2015, le rendement avait plafonné autour des 60% et l'assuré avait été en arrêt de travail du 26 mai au 1^{er} juin 2015 suite à une déchirure du mollet droit. Le responsable avait considéré que l'assuré était présent, mais peu tonique, pas assez concerné par le travail, souvent assis avec la jambe droite étendue. Il n'avait pas constaté de signes de douleurs, seulement de la fatigue parfois. L'assuré indiquait avoir mal partout et se plaignait de ce que son médicament lui faisait tourner la tête. Sur question, il avait indiqué qu'un aménagement de son poste n'était pas nécessaire et il ne pouvait pas expliquer pour quelles raisons son rendement ne progressait pas. Du 4 au 26 juin 2015, le rendement avait oscillé entre 47% et 60%. Malgré une pratique de presque trois mois, l'assuré n'avait pas pu accroître son rythme de travail et il indiquait être au maximum de son potentiel. Compte tenu de la position de travail adoptée par l'assuré, penché en arrière avec les jambes posées sur la barre de la table, il était éloigné de l'établi et des pièces, de sorte qu'il perdait du temps pour l'assemblage de celles-ci. Interrogé sur la raison pour laquelle il s'asseyait ainsi, l'assuré avait répondu qu'il avait mal aux lombaires et aux cervicales, ajoutant que son médecin voulait qu'il arrête, mais qu'il avait insisté pour aller jusqu'au bout de la mesure. En conclusion, l'assuré avait été absent durant quatorze jours pour cause de maladie et un jour pour le mariage de son fils, ce qui correspondait à un taux de présence de 63%, et son taux d'activité n'avait pas dépassé les 50%. Il avait produit des certificats médicaux du Dr F_____ attestant d'une incapacité de travail à 50% dès le 27 mars 2015, avec un horaire maximum de 4 heures par jour dans un environnement calme, incapacité de travail prolongée pendant toute la durée de la mesure. Il avait également communiqué des certificats du Dr G_____ attestant d'une totale incapacité de travail du 13 au 26 avril 2015 et de 50% dès le 27 avril 2015, et des HUG mentionnant une incapacité totale du 26 mai au 1^{er} juin 2015. L'assuré n'avait rien tenté pour améliorer son rythme de travail et avait montré un engagement assez limité durant toute la durée du stage, ce qui expliquait que ses rendements ne se soient pas améliorés. Le stage était un échec et il n'était en l'état pas possible de définir une orientation. 44. Dans un avis du 24 septembre 2015, les doctoresses K_____ et L_____, médecins auprès du SMR, ont suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré depuis 2011 dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 45. Mandaté par l'OAI, le professeur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise, cosigné par Madame N_____, psychologue FSP, le 4 juillet 2016. Ce document est basé sur deux entretiens avec le recourant, des entretiens téléphoniques avec les Drs F_____ et G_____, un entretien avec l'un des fils du recourant, ainsi que sur le dossier de l'intimé. Il comporte un résumé de la situation actuelle, des plaintes de l'assuré et des anamnèses détaillées. L'expert a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F.33.2), présent depuis 2011 avec un impact évident sur la capacité de travail. Toutefois, cette atteinte devait être considérée comme réactionnelle à l'imbroglie juridique en cours qui opposait l'OAI à l'assuré. Ce dernier n'avait pas d'antécédents psychiatriques, n'avait eu aucun recours à des soins de ce type avant 2011 et ne cumulait pas de facteurs de risques psychosociaux autres que la précarité financière actuelle. Selon les indications fournies par le Dr F_____, l'assuré avait été fluctuant dans son suivi aux séances, avait toujours refusé de rencontrer les psychologues qui travaillaient avec son psychiatre traitant,

ne voulant voir que ce dernier. Il n'adhérait à aucun traitement psychotrope et aurait essayé une quinzaine de traitements qui auraient tous induit des effets secondaires insupportables. Il participait difficilement au traitement psychothérapeutique. L'expert a indiqué que l'assuré était actuellement inactif pour l'essentiel, ruminant les reproches à l'égard de l'OAI pour sa décision de 2010. Très inquiet par la péjoration de ses finances, il revendiquait une restauration de sa situation antérieure à 2010, étant précisé qu'il vivait actuellement grâce à l'aide de ses enfants. Au status clinique, l'assuré était orienté dans les quatre modes, ne présentait pas de troubles de la vigilance et aucun argument en faveur de troubles cognitifs, anxieux ou de la personnalité. L'assuré a fait part de sa surprise de se voir attribuer une rente de la part de l'OAI et de son installation dans une vie de rentier confortable, mais sans perspective. Il regrettait a posteriori sa passivité face à la perte de son emploi qu'il jugeait disproportionnée à l'époque. L'essentiel de son discours était centré sur le vécu d'injustice et la révolte face à la décision de l'OAI changeant fondamentalement sa qualité de vie. Il attribuait entièrement sa baisse de moral au conflit avec l'OAI et considérait que celle-ci pourrait disparaître si justice lui était faite. La thymie était triste avec la fixation de la tonalité au pôle dépressif. L'anhédonie et l'aboulie étaient au premier plan, il y avait un sentiment de dévalorisation et d'inutilité en lien avec l'impossibilité de réagir en redressant sa situation financière catastrophique. Une baisse de la libido, une mauvaise qualité de sommeil, des idées noires avec une idéation suicidaire non construite étaient rapportées. L'expert a préconisé de fixer le degré d'invalidité reconnu sur la base des seules constatations orthopédiques actuelles et de déterminer une rente correspondante. Il a considéré que le passage vers un traitement plus incisif pourrait être indiqué afin d'amender certains symptômes dépressifs tenaces, soit l'aboulie, la perte de l'élan vital, l'idéation noire. Toutefois, le facteur déclenchant de la décompensation dépressive était toujours présent et une modification du traitement serait d'une aide modérée dans la perspective de la régression des affects dépressifs. Il convenait de clore le plus rapidement le volet asséculogique afin d'éviter une chronicisation de l'état clinique avec une fixation des demandes de réparation qui avaient une dimension narcissique, se manifestant par une forte tendance à la projection, qu'il convenait de ne pas négliger. La collaboration de l'assuré aux efforts de réadaptation avait été médiocre, voire absente. Cette réaction était compréhensible étant donné qu'il vivait avec un sentiment d'injustice antérieur aux propositions de réadaptation. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendaient du tableau clinique de l'assuré dans la mesure où les symptômes dépressifs étaient à l'origine de l'échec des tentatives entreprises. Des mesures de réadaptation n'étaient absolument pas indiquées en la matière et devaient être exclues. L'assuré percevait l'OAI comme un organisme qui lui était hostile, peu fiable et arbitraire. De ce fait, les propositions de réadaptation seraient perçues négativement et mises en échec, indépendamment de l'intensité du trouble dépressif. Ce dernier était un facteur supplémentaire rendant en l'état des démarches de réadaptation illusoire. L'expert a exposé qu'il s'agissait d'une situation asséculogique difficile et que l'assuré admettait a posteriori s'être montré passif face à la suppression de son emploi tant que sa situation financière était confortable. Ainsi, pendant l'essentiel de sa vie professionnelle d'adulte, il avait été dans une situation de rentier. Aucune décompensation psychique n'avait été identifiée au cours de cette période, le contexte familial étant stable. L'histoire psychiatrique de l'assuré commençait après la décision de l'OAI de suspendre sa rente et de lui proposer des mesures de réadaptation. Ce changement d'attitude avait été vécu comme un rejet remettant en cause l'équilibre narcissique de l'assuré qui, à ses propres yeux, était passé du statut de travailleur ayant été

accidenté à celui de fraudeur étant obligé de demander l'aide financière de ses enfants. La décompensation dépressive teintée d'une forte tendance à la projection qui avait suivi devait être comprise comme une réaction à cet évènement unique et non pas comme une pathologie récurrente du jeune âge ou la conséquence de l'accumulation de facteurs de stress étrangers au monde du travail. En effet, il n'y avait aucun argument soutenant la présence d'un trouble de la personnalité déjà présent au cours du jeune âge adulte. En l'état, il y avait peu de doutes que le trouble dépressif récurrent resterait sévère tant que le conflit actuel ne serait pas réglé, malgré une possible amélioration de faible amplitude avec un changement de traitement antidépresseur. De l'aveu de l'assuré, ses affects dépressifs et son sentiment intense d'injustice régresseraient clairement en cas de restitution de sa rente. Dans ce sens, il était certain aux yeux de l'expert que la pathologie dépressive actuelle impliquait par sa sévérité une incapacité totale de travail. Mais il était également certain que cette pathologie était la conséquence de la non reconnaissance de l'invalidité somatique et non pas la cause d'une invalidité durable sur le plan psychiatrique. Dans ce contexte, il serait opportun de fixer le degré d'invalidité reconnu sur la base des seules constatations orthopédiques actuelles et de fixer une rente correspondante, sans proposition de réadaptation. Une telle démarche contribuerait à restaurer l'estime de soi. En conclusion, la capacité de travail était nulle dans toute activité, mais strictement liée à la non reconnaissance de l'invalidité somatique. ![/endif]>![if> 46. Dans un avis du 14 juillet 2016, le docteur O_____, médecin auprès du SMR, a conclu que le rapport d'expertise confirmait l'absence d'aggravation depuis la décision de suppression de rente et insistait sur l'effet délétère du retard de la procédure et la nécessité de rendre une décision au plus vite. L'incapacité totale de travail était due à un trouble réactionnel ne pouvant pas être pris en compte par l'OAI, et l'expert confirmait que les seules limitations fonctionnelles pouvant être prises en considération étaient somatiques. Partant, les précédentes conclusions selon lesquelles la capacité de travail était entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles en rapport avec le genou droit demeuraient valables. ![/endif]>![if> 47. Le 12 août 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rendre une décision de refus de rente au motif qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'échec des mesures de réadaptation et l'atteinte à la santé, de sorte que l'incapacité de gain n'était pas due à une affection médicale. Il a conclu que l'assuré était apte à exercer une activité lucrative adaptée à temps complet et sans diminution de rendement, sur le marché équilibré du travail. ![/endif]>![if> 48. En date du 17 août 2016, l'assuré a contesté l'appréciation de l'OAI et s'est étonné de ne pas avoir reçu le rapport d'expertise. ![/endif]>![if> 49. Par décision du 22 septembre 2016, envoyée par pli simple, l'OAI a confirmé son projet du 12 août 2016 dont il a repris les termes. ![/endif]>![if> 50. Le 27 septembre 2016, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il considérait sa décision comme prématurée puisqu'il n'avait pas reçu le rapport d'expertise. ![/endif]>![if> 51. En date du 30 septembre 2016, l'OAI a communiqué son dossier à l'assuré. ![/endif]>![if> 52. Par recours du 27 octobre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à ce que l'intimé soit invité à motiver sa décision et, principalement, à l'annulation de cette dernière et à ce qu'il soit dit et prononcé qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 3 juin 2013. Le recourant a considéré que la décision entreprise se bornait à évoquer quelques considérations juridiques sans lien avec les faits et les conclusions de l'expertise, dont le rapport ne lui avait été communiqué qu'après la décision litigieuse. Il a également soutenu que sa rente n'aurait pas dû être supprimée sans la concrétisation de mesures efficaces de réadaptation, se référant à la jurisprudence fédérale relative à la réduction ou la suppression

d'une rente d'invalidité, en particulier lorsque le bénéficiaire est âgé de plus de 55 ans ou a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Les carences de l'intimé en matière de réadaptation professionnelle avaient contribué à faire de lui un invalide malgré lui et l'intimé ne pouvait s'affranchir des conséquences de ses errements en le laissant seul et sans ressources. Il n'était guère possible de sortir de l'impasse actuelle sans rétablir sans délai une rente. Il a contesté l'appréciation de la chambre de céans qui avait retenu, dans son arrêt du 15 octobre 2014, qu'il n'existait aucune évaluation médicale faisant état d'un trouble psychique qui nécessiterait d'être investigué, relevant avoir produit le rapport du Dr F_____ du 2 juin 2014.!

Le recourant a notamment communiqué une attestation du Dr F_____ du 25 juin 2015 retenant les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble dépressif épisode actuel sévère (F32.2). L'incapacité de travail était totale depuis le 16 février 2011 et le pronostic mauvais, étant précisé que la résistance psychique et la capacité d'adaptation du recourant étaient très faibles ; l'aggravation de l'état psychique constatée début 2015 était encore présente, malgré un suivi régulier à une fréquence d'une séance toutes les deux semaines et la prise d'un traitement médicamenteux antidépresseur (Cipralax et Seroquel). Ce dernier manquait d'efficacité et une augmentation était prévue, ainsi qu'un monitoring. 53. Dans sa réponse du 22 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a relevé que malgré l'horaire réduit, le recourant avait fait preuve d'un rendement restreint et d'un engagement assez limité lors du stage. Une expertise psychiatrique avait été réalisée afin de déterminer si les mauvais résultats obtenus lors du stage aux EPI étaient dus à la présence d'une atteinte à la santé invalidante. Il en ressortait que le trouble dépressif était réactionnel à la suppression de la rente et qu'il ne pouvait donc être qualifié de durablement incapacitant. 54. Par décision du 5 janvier 2017, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique. 55. Le 25 janvier 2017, le recourant a répliqué et persisté dans les termes de son recours. Il a souligné que le trouble dépressif récurrent diagnostiqué par l'expert, présent depuis 2011 et réactionnel à l'imbroglio juridique en cours, était à l'origine des problèmes rencontrés dans la réadaptation de sorte que des mesures de réadaptation n'étaient absolument pas indiquées. La pathologie dépressive sévère engendrait une incapacité totale de travail et était la conséquence de la non-reconnaissance de son invalidité. La réadaptation étant impossible, il convenait de lui allouer, avec effet dès 2011, une rente entière d'invalidité consacrant son impossibilité à exercer son activité antérieure de maçon, comme suggéré par l'expert. C'était la seule façon de mettre un terme à l'imbroglio juridique et c'était aussi une manière de faire supporter à l'intimé les conséquences de ses errements puisque, par sa faute, il n'avait pas bénéficié en temps utile des mesures de réadaptation qui lui auraient permis de réintégrer le monde du travail, chose dorénavant impossible. 56. Dans sa duplique du 16 février 2017, l'intimé a également persisté et soutenu que la présente procédure ne portait plus que sur d'éventuelles mesures d'ordre professionnel puisque le droit à la rente avait été nié par l'arrêt du 15 octobre 2014, aux termes duquel l'état de santé du recourant était stable et globalement inchangé. Par ailleurs, il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé psychique du recourant postérieurement à l'arrêt précité puisque l'état du recourant était réactif à la non reconnaissance de son invalidité somatique et que le trouble psychique ne constituait donc pas une atteinte durable à la santé. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, l'intimé constatait que l'attitude d'opposition systématique du recourant à tout acte d'instruction concernant ces mesures, seules encore litigieuses, les rendait manifestement vaines et inutiles, de sorte qu'un droit à de telles mesures ne pouvait qu'être

nié. **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Compte tenu du fait que la décision du 22 septembre 2016, notifiée par pli simple, a été reçue le 27 septembre 2016, le recours du 27 octobre 2016, interjeté dans la forme prévue par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - RS/GE E 5 10]).

5. L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse est le rapport juridique qui dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui, bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation, ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2 et les références).

En l'occurrence, l'intimé a considéré que les certificats produits dans le cadre des dernières mesures de réadaptation justifiaient d'ordonner des investigations approfondies afin de se déterminer sur les troubles psychiques du recourant et leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail, et ce depuis février 2011. Il a statué sur le droit à la rente du recourant, comme cela ressort de l'intitulé même de la décision dont est recours. Partant, on ne saurait le suivre lorsqu'il affirme que sont seules litigieuses les mesures d'ordre professionnel. Le recourant ne prétend du reste pas à l'octroi de telles mesures. Ainsi, le litige, tel que circonscrit par les conclusions du recourant, porte exclusivement sur le droit à la rente, plus précisément sur le point de savoir si son état de santé s'est aggravé dans une mesure lui ouvrant le droit à une telle prestation.

Dans un premier grief formel, le recourant invoque une violation du droit d'être entendu aux motifs que la décision querellée n'est pas valablement motivée et a été rendue avant que le rapport d'expertise ne lui soit communiqué.

a. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18

avril 1999 [Cst. – RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 III 252 consid. 2.2 ; ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1). Une violation du droit d'être entendu peut être considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.1.6.1 ; ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 130 consid. 2b). Toutefois, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4.c). b. Conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 97 consid. 2b ; ATF 122 IV 8 consid. 2c). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu leur nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés (VSI 2001 114). Pour répondre à ces exigences, l'administration doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in RDAF 2009 II p. 434). c. En l'espèce, l'intimé a clairement exposé, tant dans son projet de décision que dans sa décision, qu'aucune invalidité ne pouvait être reconnue en l'absence de lien de causalité entre l'échec des mesures de réadaptation et l'atteinte à la santé présentée par le recourant, précisant que l'incapacité de gain n'était pas due à une affection médicale. L'intimé a ainsi déclaré maintenir ses conclusions antérieures, à savoir que le recourant était à même d'exercer une activité lucrative adaptée à temps complet. Bien que l'intimé ne se réfère pas expressément au rapport d'expertise du Prof. M_____ et à l'avis du SMR du 14 juillet 2016, on comprend que ses conclusions sont fondées sur ces documents, lesquels retiennent que le trouble réactionnel présenté par le recourant suite à la décision de suppression de rente et de restitution n'est pas la cause d'une invalidité durable sur le plan psychiatrique. Certes, les rapports médicaux précités n'ont pas été transmis au recourant avant le prononcé de la décision du 22 septembre 2016. Il apparaît ainsi que la

garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable n'a pas été respectée. Cela étant, le recourant a pu prendre connaissance de l'intégralité de son dossier qui lui a été envoyé le 30 septembre 2016 et a pu se déterminer devant la chambre de céans, laquelle jouit d'un plein pouvoir d'examen quant à l'appréciation de la valeur probante d'un rapport d'expertise, des capacités de travail et de gain, ainsi que de la détermination du degré d'invalidité, étant rappelé que le recours selon les art. 56 ss LPGA est un moyen de droit complet qui permet un examen de la décision entreprise en fait et en droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Partant, la violation du droit d'être entendu peut être réparée en procédure cantonale. D'ailleurs, le recourant ne sollicite pas l'annulation de la décision attaquée, seulement une motivation complémentaire, laquelle ressort largement des écritures de l'intimé des 22 novembre 2016 et 16 février 2017. Par conséquent, le grief de la violation du droit d'être entendu doit être écarté. 6.

Il sied à présent d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité. 7. Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 8. 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).!

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 9. 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 maladif, 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). !

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 10. 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). !

11. Les troubles réactionnels suite à une décision de suppression de rente de l'assurance-invalidité peuvent être médicalement traités de manière adéquate. Selon la jurisprudence (ATF 127 V 294 consid. 4b/aa), ils ne peuvent pas être considérés comme une atteinte psychique invalidante. Dans le cas contraire, la notion juridique d'invalidité serait vidée de son sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5).!

12. Pour pouvoir calculer

le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du

E. 5

13. 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).

14. En l'occurrence, l'évaluation du degré d'invalidité du recourant en 1998 ne tenait compte que d'une atteinte à la santé physique, le recourant n'ayant consulté un psychiatre qu'à partir du 16 mars 2011. Suite à la nouvelle demande du recourant en février 2011, motivée exclusivement par son atteinte au genou droit, l'intimé a confié une expertise orthopédique au Dr I_____, dont le rapport du 12 septembre 2012 a conclu que l'état de santé du recourant ne s'était pas sensiblement modifié depuis 1997. Sur cette base, l'intimé a retenu dans sa décision du 6 décembre 2013 que le recourant était toujours à même d'exercer une activité lucrative adaptée à temps complet. Par arrêt du 15 octobre 2014, la chambre de céans a attribué une pleine valeur probante au rapport du Dr I_____ et confirmé que l'état de santé somatique du recourant ne s'était pas modifié de manière à influencer son droit aux prestations. Le recourant n'a pas soutenu que ses problèmes orthopédiques se seraient aggravés postérieurement à cet arrêt, de sorte que l'intimé n'a plus instruit ce volet. Au niveau psychiatrique, l'intimé a procédé à une instruction médicale et mandaté le Prof. M_____, lequel a rendu son rapport d'expertise le 4 juillet 2016. Ce spécialiste a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F.33.2), présent depuis 2011 avec un impact évident sur la capacité de travail. Il a toutefois estimé que la décompensation dépressive était une réaction à la suppression de la rente et n'était pas la cause d'une invalidité durable.

15. Il convient donc d'examiner si ce rapport d'expertise revêt une valeur probante.

16. La chambre de céans constate que ce document se base sur deux entretiens avec le recourant, des entretiens téléphoniques avec les Drs F_____ et G_____, un entretien avec l'un des fils du recourant, ainsi que sur l'étude du dossier de l'intimé. Il comporte des anamnèses familiale, personnelle, professionnelle, médicale et psychiatrique détaillées, et a été rendu en pleine connaissance du dossier. L'expert a précisément consigné les déclarations et plaintes du recourant, et a également résumé le status clinique puis livré ses conclusions, motivées et convaincantes. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante au rapport d'expertise du 4 juillet 2016, ce que les parties ne contestent au demeurant pas.

17. S'agissant de l'incidence du trouble dépressif sur le droit aux prestations du recourant, la chambre de céans relève ce qui suit.

L'expert a clairement exposé que le trouble dépressif était réactionnel à l'imbroglio juridique suite à la suppression de la rente, mentionnant qu'il resterait sévère tant que la situation ne serait pas résolue. Il a notamment noté que l'essentiel du discours du recourant était centré sur le vécu d'injustice et la révolte face à la décision de l'intimé qui avait fondamentalement changé sa qualité de vie. Le recourant attribuait entièrement sa baisse de moral au conflit l'opposant à l'intimé et déclarait que ses affects dépressifs et son sentiment intense d'injustice régresseraient en cas de restitution de sa rente. L'expert a retenu que s'il était certain que la pathologie dépressive actuelle sévère impliquait une incapacité totale de travail, l'atteinte était la conséquence de l'absence de reconnaissance de l'invalidité

somatique et non la cause d'une invalidité durable sur le plan psychiatrique. L'appréciation de l'expert sur ce point n'est pas remise en cause par le recourant. En outre, elle rejoint celle des médecins traitants puisque le Dr F_____ a mentionné que l'état de santé psychique de son patient s'était aggravé depuis qu'il avait été sommé de rembourser les rentes (attestation du 28 mars 2011) et que le Dr G_____ a indiqué avoir adressé le recourant à un spécialiste en psychiatrie en raison de troubles anxieux suite à la révision de sa rente d'invalidité (rapport du 3 mai 2011). Ainsi, l'aspect réactionnel du trouble psychique du recourant est clairement établi. En ce qui concerne le caractère transitoire du trouble réactionnel, lequel peut de prime abord prêter à discussion compte tenu du fait que l'expert a estimé que la capacité de travail était nulle depuis 2011, il sied de relever que la compliance au traitement est loin d'être optimale. En effet, le psychiatre traitant a déclaré à l'expert que le recourant avait été fluctuant dans son suivi, participait difficilement au traitement psychothérapeutique, n'adhérait à aucun traitement psychotrope et que tous les traitements médicamenteux auraient induit des effets secondaires insupportables. À ce propos, les pièces produites permettent de retenir que le recourant n'a que peu bénéficié d'un traitement médicamenteux pour ses troubles psychiques. En effet, aucun traitement n'est signalé dans l'attestation du 28 mars 2011 du Dr F_____, ni lors de l'entretien avec un collaborateur de l'intimé le 16 mai 2013, le recourant ayant uniquement déclaré prendre des somnifères car il dormait mal. En décembre 2013, le psychiatre traitant a déclaré à l'intimé que le recourant était réfractaire à une prise en charge psychiatrique, mais qu'un traitement antidépresseur et psychothérapeutique pourrait lui permettre de surmonter son état dépressif. Dans le rapport reçu par l'intimé le 5 février 2014, le Dr F_____ n'a pas mentionné que le recourant se serait soumis à un tel traitement. Ce n'est que dans celui daté du 2 juin 2014 que le psychiatre traitant a pour la première fois fait état de la prise de médicaments, soit de Cipralax et Seroquel, traitement qui a perduré en tout cas jusqu'à l'été 2015 puisque le recourant a affirmé à l'intimé le 29 janvier 2015 qu'il prenait toujours des antidépresseurs et que le Dr F_____ a écrit dans son attestation du 25 juin 2015 que le traitement de Cipralax et de Seroquel manquait d'efficacité. Cependant, en juin 2016, lorsque l'expert s'est entretenu avec le psychiatre traitant, ces substances n'étaient plus prescrites car le recourant n'y adhérait pas. En conclusion, il appert que le recourant a accepté un suivi psychothérapeutique en 2014 au plus tôt, que ledit suivi a été irrégulier, et qu'il n'a pris des médicaments qu'entre l'été 2014 et l'été 2015. Il est donc permis de penser que le recourant ne s'est pas soumis au traitement qui était raisonnablement exigible au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA et qui aurait sans aucun doute permis d'améliorer sa capacité de gain, étant en particulier rappelé qu'il n'a jamais présenté le moindre trouble psychique avant 2011, qu'il n'a d'ailleurs pas motivé sa nouvelle demande de prestations par une affection psychique et que le Dr F_____ a expressément indiqué à l'intimé en décembre 2013 que le recourant était réfractaire à un traitement antidépresseur et psychothérapeutique, lequel pourrait lui permettre de surmonter son état dépressif. 17. Partant, eu égard à la jurisprudence fédérale en matière de troubles réactionnels à une décision négative de l'assurance-invalidité, il y a lieu de conclure que l'atteinte psychique présentée par le recourant n'est pas invalidante et ne lui ouvre pas le droit à des prestations de la part de l'intimé.!

[endif]>![if> Il faut du reste relever que le Prof. M_____ a retenu que s'il était certain que la pathologie dépressive actuelle sévère impliquait une incapacité totale de travail, l'atteinte était la conséquence de l'absence de reconnaissance de l'invalidité somatique et non la cause d'une invalidité durable sur le plan psychique, si bien que l'expert admet lui-même que les troubles de cet ordre n'ouvrent pas le droit aux

prestations. Il a du reste préconisé que le degré d'invalidité reconnu soit fixé sur la base des seules constatations orthopédiques actuelles. On ajoutera encore que le fait que le psychiatre traitant du recourant n'ait pas attesté d'une totale incapacité de travail lors des stages qui se sont déroulés du 23 mars au 28 juin 2015 concourt à démontrer l'absence de trouble durablement incapacitant d'origine psychique. Ainsi, force est de constater que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans une mesure propre à influencer son degré d'invalidité. C'est donc à bon droit que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente. 18. Enfin, le recourant se réfère à la jurisprudence fédérale relative à la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente lorsqu'un assuré est âgé de 55 ans révolus ou a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. En l'occurrence, cette jurisprudence n'est pas applicable dès lors que la décision dont est recours ne réduit ni ne supprime le droit à la rente du recourant. Cela étant, la chambre de céans relèvera que le recourant n'avait pas atteint l'âge susmentionné en 2010 et que sa rente a été supprimée après avoir été versée à tort pendant douze ans. 19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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