

## **GE\_GERICHTE A/889/2016 vom 10. August 2016**

GE Cour de justice, 2016-08-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_889\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_889_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/889/2016 du 10 août 2016

IT: GE\_GERICHTE A/889/2016 del 10 agosto 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS DONZE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1957, a travaillé dès le 15 octobre 2012 en tant que maçon auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_.! [endif]>! [if> 2. L'assuré a été victime d'un accident de travail en date du 22 octobre 2012 ; il a chuté du premier étage d'une villa sise à Vézenaz d'une hauteur de cinq mètres. Polytraumatisé, l'assuré a été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) où les médecins ont diagnostiqué notamment un traumatisme crânien avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle, une fracture de C2 traitée conservativement avec minerve, des fractures stables de D12 et L1, une fracture de la clavicule gauche traitée conservativement, des fractures de la troisième côte gauche et de la première côte droite ainsi qu'une dermabrasion occipitale (cf. rapport du 31 octobre 2012 de la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin adjointe du service de chirurgie orthopédique et traumatologie et l'appareil locomoteur des HUG). ! [endif]>! [if> 3. L'assuré a été transféré dès le 30 octobre 2012 à la clinique de Beau-Séjour pour suite de rééducation.! [endif]>! [if> 4. La SUVA, assureur-accidents, a pris en charge le cas.! [endif]>! [if> 5. Dans le rapport de sortie du 26 novembre 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué également un petit effet de masse sur l'artère vertébrale gauche, sur fragment osseux millimétrique intracanalair provenant du coin postéro-supérieur de C3. Elle a par ailleurs fait état, lors du scanner d'entrée, de la découverte fortuite d'adénopathies médiastinales avec nodules pulmonaire pour lesquels il était demandé des investigations en dehors de l'épisode aigu. L'assuré était rentré à domicile le 14 novembre 2012 et sa capacité de travail était nulle. ! [endif]>! [if> 6. Le 10 décembre 2012, l'assuré a rempli une demande de prestations AI pour adultes que la SUVA a communiqué à l'OAI le 8 mars 2013.! [endif]>! [if> 7. Dans un rapport du 18 décembre 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, a diagnostiqué une fracture de la prothèse supérieure en trois morceaux et une luxation totale de l'implant en position 23. ! [endif]>! [if> 8. Dans un formulaire de prescription de physiothérapie du 7 mai 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin interniste au service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des HUG, a diagnostiqué une luxation méniscale réductible et a fait état d'un craquement à l'ouverture avec une faible douleur. Il a préconisé un deuxième traitement de physiothérapie maxillo-faciale afin de favoriser l'ouverture et la propulsion.! [endif]>! [if> 9. L'assuré a été victime d'un nouvel accident le 6 juin 2013. En chutant dans les escaliers, il s'est blessé au genou droit et à la cheville droite. ! [endif]>! [if> 10. Selon le docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, l'assuré poursuivait un traitement conservateur au niveau de l'épaule gauche. Sa capacité de travail était nulle.

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 janvier 2014, le Dr F \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des fractures C2 et C3, des fracture D1 avec tassement médial ainsi que D12 et L1 stables, une fracture de la clavicule gauche actuellement consolidée, une entorse bénigne de la cheville droite le 26 juin 2013, un infarctus du myocarde STEMI le 11 septembre 2013 sur maladie tritonculaire (atteinte des trois axes coronaires), un SLAP (superior labrum from anterior to posterior ou lésion antéro-supérieure du labrum) type II de l'épaule gauche et une tendinopathie discrète sous-scapulaire gauche. Il y avait peu d'évolution. L'état actuel (subjectif et objectif) consistait en arthralgies multiples et raideur des chaînes. Le pronostic était moyen. Il préconisait un séjour de trois semaines à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour bilan de compétences et prise en charge multidisciplinaire. Le traitement prévu était de longue durée. Aucune reprise du travail n'était envisagée.!

11. Dans un rapport du 4 février 2014, le docteur G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué un déficit vestibulaire à gauche. L'évolution était bonne. Le traitement avait duré du 23 septembre au 19 novembre 2013.!

12. Dans un rapport du 10 février 2014, la doctoresse H \_\_\_\_\_, généraliste FMH, a diagnostiqué une fracture C2 non déplacée, une fracture stable de D12 et L1, une fracture de la clavicule gauche, des lombosciatalgies L4 gauche, une pseudarthrose de la clavicule gauche et une capsulite rétractile de l'épaule gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 octobre 2012. Elle n'avait plus revu le patient depuis le 22 avril 2013.!

13. Dans un rapport du 4 mars 2014 consécutif au séjour de l'assuré dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 4 au 26 février 2014, le docteur I \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi que rhumatologue FMH, a diagnostiqué, d'une part en lien avec la chute du premier étage survenue le 22 octobre 2012, une fracture C2 traitée conservativement avec minerve, des fractures stables des corps D12 et L1 traitées conservativement, une fracture de la clavicule gauche traitée conservativement, une fracture de la troisième côte gauche et de la première côte droite, un fragment osseux millimétrique intra-canalair provenant de C3 et une fracture de la prothèse dentaire supérieure ainsi qu'une luxation totale de l'implant en position 23, d'autre part, une discrète tendinopathie du sous-scapulaire avec minime bursite sous-acromiale du côté droit et une arthrose cervicale. Il a rappelé que l'évolution des fractures avait été subjectivement stagnante, mais radiologiquement favorable. Par la suite, étaient apparues des douleurs des épaules, des douleurs lombaires irradiant dans la cuisse gauche et des douleurs de la cheville droite suite à une entorse. Les signes et symptômes de non-organicité de Waddell étaient de trois sur cinq. À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles consistaient en cervicalgies, surtout lors de la rotation gauche, avec des irradiations dans les épaules et des sensations de vertiges en extension cervicale. Il y avait également des douleurs dans les épaules de 0/10 à 4/10 avec une raideur importante, des lombalgies irradiant dans la cuisse gauche (sans déficit) et des douleurs de la cheville droite consécutives à une chute survenue postérieurement à l'accident du 22 octobre 2012. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il n'y avait pas eu d'évolution significative subjective ou objective. La situation était stabilisée du point de vue médical. On pouvait concevoir que l'atteinte traumatique cervicale et dorsolombaire ainsi que la discrète modification biomécanique secondaire au raccourcissement de la clavicule gauche laissaient quelques douleurs et limitations fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion tant dans l'ancienne activité que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable, tant en raison

des facteurs médicaux que non-médicaux. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité de maçon, de façon définitive. Selon le consilium de l'appareil locomoteur du docteur J\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH dans le même service, daté du 13 février 2014, la fracture de la clavicule gauche était parfaitement consolidée. Elle entraînait simplement une petite modification biomécanique de la ceinture scapulaire mais sans douleur localisée au niveau de la fracture. L'assuré se plaignait de douleurs des épaules de caractère mécanique survenant surtout dans les mouvements de rotation interne et au-dessus de 90° de flexion-abduction. Les données de l'examen clinique étaient rassurantes chez cet assuré qui avait un comportement douloureux augmentant au fur et à mesure de l'examen et qui s'autolimitait passablement. On ne notait aucune atrophie. Tous les tests de la coiffe étaient déclarés douloureux mais étaient bien tenus. Les tests de conflits étaient aussi déclarés douloureux mais il n'y avait aucune dyskinésie de l'omoplate. S'agissant de l'arthro-IRM de l'épaule gauche, le bilan radiologique à disposition était tout à fait rassurant. Il a proposé de procéder à une échographie du côté droit pour vérifier tant l'état de la coiffe que l'absence d'une bursite sous-acromiale. À son avis, il n'y avait pas de limitation particulière à retenir en raison des douleurs de l'épaule, sauf si on trouvait du côté droit des anomalies notables. Le rapport après ultrason de l'épaule droite effectué le 20 février 2014 révélait un signe de tendinopathie du sous-scapulaire et une minime bursite sous-acromiale sans lésion du tendon supra-épineux. Il n'y avait pas de signe d'arthropathie acromio-claviculaire. Selon le consilium du professeur K\_\_\_\_\_, radiologue FMH à l'institut de radiologie de la clinique Bois-Cerf, daté du 6 mars 2014, l'arthro-IRM des 17 et 18 décembre 2013 ne mettait pas en évidence une lésion de type SLAP. Ce qui avait été interprété comme une lésion de type SLAP n'était qu'un récessus discrètement irrégulier s'étendant par un foramen sous-labral au niveau antéro-supérieur. 14. Le 24 mars 2014, la Dresse H\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical intermédiaire à l'attention de l'OAI. Elle indiquait que l'état de santé s'était aggravé avec un infarctus inférieur STEMI le 11 septembre 2013. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité d'ouvrier carreleur. 15. Dans un rapport du 10 juin 2014 à l'attention de l'OAI, le docteur L\_\_\_\_\_, cardiologue FMH, a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, une maladie coronarienne. L'assuré avait été hospitalisé plusieurs fois en cardiologie aux HUG. L'assuré avait présenté un infarctus en septembre 2013, ayant nécessité la pose de stent. Le cardiologue ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, mais a indiqué qu'en raison de l'angor d'effort, le rendement était réduit. 16. Le 11 juin 2014, l'assuré a été examiné par le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, afin de procéder à un bilan final. Dans son rapport du 19 juin 2014, ce médecin a indiqué que l'assuré se plaignait de cervicalgies et de douleurs aux épaules gauche et droite avec des lombalgies et des douleurs au niveau des anciens foyers de fractures des côtes. En raison des douleurs cardiaques et de la fatigue survenant à la cuisse gauche, son périmètre de marche était limité à un kilomètre. Lors de l'examen clinique, la palpation du rachis cervical était globalement douloureuse tant au niveau des muscles paravertébraux que des épineuses. S'agissant du rachis lombaire, l'assuré ne souffrait pas de douleurs en regard des vertèbres fracturées. En revanche, la palpation des épineuses des dernières vertèbres lombaires était douloureuse. La palpation des dernières côtes à droite comme à gauche était également douloureuse. La mobilité des épaules était en abduction de 90/100° des deux côtés, en antépulsion de 110/120° à droite et de 100/120° à gauche, en rétropulsion de 30° des deux côtés. Les tests de la coiffe et de conflit étaient négatifs. Sur le plan radiologique, la fracture du rachis cervical était bien consolidée sur le

CT-scan du 1<sup>er</sup> mars 2013 de même que la fracture de la clavicule sur le scanner de contrôle du 26 janvier 2013. L'atteinte traumatique cervicale et dorso-lombaire ainsi que la discrète modification de la clavicule gauche liée à un raccourcissement généraient quelques douleurs et des limitations fonctionnelles. L'activité de maçon n'était plus exigible. Sur le plan de l'exigibilité, dans une activité adaptée réalisée à sa guise, respectant les limitations fonctionnelles, on peut s'attendre à une activité exercée la journée entière. La discussion de l'atteinte à l'intégrité était effectuée à part.!

17. Selon l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du 19 juin 2014 effectuée par le Dr M\_\_\_\_\_, il persistait une limitation active de l'épaule gauche. Il convenait par analogie de se référer à une périarthrite scapulo-humérale moyenne. D'après la table d'indemnisation n° 1 pour atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 10%. Compte tenu de la bonne consolidation de la fracture du rachis cervical et de l'absence de séquelles, il n'y avait pas d'indication à la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité à ce niveau.!

18. Par décision du 29 juillet 2014, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% sur la base d'un gain annuel de CHF 126'000.-, soit un montant de CHF 12'600.-. Sur le plan de l'exigibilité, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, on pouvait s'attendre à ce qu'elle fût réalisée la journée entière. La SUVA prenait en compte deux consultations annuelles du suivi avec une série de séances de physiothérapie si nécessaire pour l'épaule gauche et la nuque.!

19. L'assuré a formé opposition en date du 22 août 2014. Il contestait notamment l'exigibilité d'une capacité de travail résiduelle telle que préconisée par le Dr M\_\_\_\_\_. Suite au rejet de son opposition, l'assuré a interjeté recours en date du 2 octobre 2014 auprès de la chambre de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 20%.!

20. L'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle sous forme d'un stage à l'ORIF du 11 août 2014 au 23 novembre 2014, puis d'un stage dans une entreprise de cordonnerie. Selon le rapport d'intégration socio-professionnelle du 12 novembre 2014, l'évaluation de stage a été positive dans son ensemble, malgré un arrêt de travail le 12<sup>ème</sup> jour, dû à un important saignement de nez. Le médecin l'avait arrêté par précaution et par crainte d'une infection, le domaine de la cordonnerie engendrant un peu de poussière. Le cordonnier serait d'accord pour un stage de formation pratique. Il est fait état du manque de qualification en français et en informatique de l'assuré, freins incontournables pour un futur projet et il lui sera difficile de retrouver un emploi dans l'économie à son âge. Depuis le début de la mesure, l'assuré s'est plaint de nombreuses douleurs cervicales, lombaires, à l'épaule gauche, à la poitrine et aux côtes.!

21. La réadaptation professionnelle de l'OAI, par rapport du 17 février 2014 (recte : 2015), a constaté l'échec de la mesure professionnelle et procédé à une comparaison des gains selon les tables ESS. Elle a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, se fondant sur l'avis du médecin-conseil de la SUVA. Le degré d'invalidité était de 23 %.!

22. Par courrier du 27 février 2015, l'assuré a informé l'OAI que depuis son accident de travail son état de santé s'était terriblement aggravé, à la suite de son infarctus qui a nécessité la pose de trois stents, ce qui se manifeste par une fatigue très lourde et une difficulté à respirer avec le souffle coupé. Il était toujours en incapacité de travail à 100% et la caisse de chômage l'a informé qu'il ne pouvait pas s'inscrire au chômage. Il a demandé une prolongation de l'indemnité journalière jusqu'à la décision finale.!

23. Par arrêt du 17 juin 2015 ( ATAS/440/2015 ), entré en force, la chambre de céans a admis partiellement le recours interjeté par l'assuré contre de la décision de la SUVA du 3 septembre 2014 rejetant son opposition et renvoyé le dossier à

l'intimée pour instruction complémentaire. Elle a jugé que l'évaluation faite par le Dr M\_\_\_\_\_ était contradictoire et lacunaire, dans la mesure où il a retenu des limitations fonctionnelles de la colonne cervicale, mais a conclu à l'absence d'atteinte à l'intégrité pour les fractures des vertèbres cervicales. En outre, il n'avait pas examiné l'atteinte à l'intégrité pour les fractures vertébrales D1, D12 et L1, alors même qu'il avait retenu des limitations fonctionnelles. La chambre de céans a par conséquent renvoyé le dossier à la SUVA afin qu'elle mette en œuvre une expertise externe auprès d'un orthopédiste pour déterminer si les fractures vertébrales justifient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et, le cas échéant, de déterminer le degré global de ladite atteinte.![endif]>![if> 24. Dans un avis du 24 juin 2015, la doctoresse N\_\_\_\_\_, médecin SMR, a considéré que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de maçon. En revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est totale depuis le 26 février 2014, selon l'évaluation de la CRR, confirmée par le médecin-conseil de la SUVA. Selon le SMR, en raison du problème cardiaque, il conviendrait de privilégier des activités sédentaires ou semi-sédentaires, sans stress majeur, et de diminuer le port de charges à 5 kg maximum. ![endif]>![if> 25. Par décision du 3 août 2015, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 19%, au motif qu'il était à même d'exercer une activité légère, respectant les limitations fonctionnelles, dans différents secteurs de l'industrie. L'opposition de l'assuré a été rejetée par décision du 8 septembre 2015. Le 5 octobre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours auprès de la chambre de céans contre la décision précitée, contestant le degré d'invalidité (cause A/3480/2015).![endif]>![if> 26. Le projet de décision du 14 septembre 2015 de l'OAI (refus de mesures professionnelles et octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps) a été contesté par l'assuré (courrier du 20 octobre 2015 ne figurant pas au dossier, cf. pièces nos 88, 89 OAI), nouveaux documents médicaux à l'appui, notamment un rapport d'IRM de l'épaule droite du 29 décembre 2015 révélant en particulier un phénomène de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire et une tendinopathie du supra-épineux avec rupture partielle atteignant sa surface supérieure. ![endif]>![if> 27. Dans un avis du 15 janvier 2016, le docteur O\_\_\_\_\_, médecin SMR, relève que le rapport d'IRM de l'épaule droite du 29 décembre 2015 montre, en plus des images déjà connues de tendinopathie avec rupture partielle d'un tendon de la coiffe des rotateurs et de rupture du labrum supérieur, un début de dégénérescence de la tête humérale. A l'évidence, les nouveaux éléments confirment les limitations fonctionnelles déjà retenues de limitations d'épargne des deux bras (pas de port de charges lourdes, pas de travail avec les bras au-dessus de l'horizontal, pas d'activité avec une utilisation intensive des bras, pas de travail sur des échelles ou des échafaudages). Selon le SMR. au vu des nouveaux documents, il faut s'en tenir aux conclusions précédentes, avec toutes les limitations retenues.![endif]>![if> 28. Dans un rapport du 29 janvier 2016, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic était bon sur le plan cardiovasculaire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, ni la diminution de rendement, renvoyant à cet égard à l'appréciation de la Dresse H\_\_\_\_\_. ![endif]>![if> 29. Par décision du 16 février 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100%) du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 avril 2014 et refusé l'octroi de mesures professionnelles. La décision est motivée par le fait que la capacité de travail de l'assuré est totale dans une activité adaptée dès le mois de février 2014. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 23%, insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité. Pour le surplus, le SMR n'estime pas utile de mettre en œuvre une nouvelle expertise. ![endif]>![if> 30. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire,

interjette recours le 17 mars 2016. Préalablement, il fait grief à l'OAI de n'avoir pas estimé nécessaire de surseoir à la notification de sa décision dans l'attente de la décision que rendra la chambre de céans en matière LAA. Le recourant soutient ensuite que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire. Sur le fond, il conteste l'exigibilité retenue, motif pris qu'au vu de son âge, de ses multiples atteintes à la santé et de ses limitations fonctionnelles, aucune activité n'existe réellement sur le marché du travail. Enfin, il conteste aussi le revenu sans invalidité retenu par l'intimé. Il conclut à l'octroi, à tout le moins, d'un trois quarts de rente d'invalidité.!

31. Dans sa réponse du 30 mai 2016, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que le renvoi de la cause dans la procédure LAA ne portait que sur le degré d'atteinte à l'intégrité. Concernant le revenu sans invalidité, il s'est fondé sur le salaire avancé par l'employeur. Pour le surplus, l'intimé ne saurait tenir compte de facteurs étrangers à l'assurance-invalidité. !

32. Le 27 avril 2016, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.!

33. Le 17 mai 2016, l'intimé a communiqué à la chambre de céans copie d'un courrier du recourant et d'un rapport opératoire du 3 mars 2016 rédigé par le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur & médecine du sport. Le médecin a diagnostiqué une rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, un conflit sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire. Le 29 février 2016, il a pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite, une suture du sous-scapulaire, une acromioplastie compressive et une résection acromio-claviculaire.!

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).!

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet

2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA-GE - E 5 10). 4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé est fondé à supprimer la rente entière d'invalidité du recourant au 30 avril 2014, singulièrement sur son degré d'invalidité. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la

mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à

l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral

9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C\_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur

l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 9. En l'espèce, il n'est pas contesté que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle de maçon, et ce de manière définitive. Est litigieuse en revanche sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il résulte des pièces du dossier que le recourant souffre de multiples atteintes à la santé, certaines d'entre elles résultant des suites de l'accident survenu le 22 octobre 2012, d'autres de maladies. L'intimé se fonde sur le rapport de la CRR et l'avis du Dr M\_\_\_\_\_, de la SUVA, pour retenir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, depuis le mois de février 2014. Préalablement, la chambre de céans relève que la doctoresse Q\_\_\_\_\_, de la CRR, a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 4 février 2014 au 26 mars 2014 (cf. avis de sortie du 26 février 2014). Dans leur rapport du 4 mars 2014, les docteurs I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et rhumatologie, et Q\_\_\_\_\_, médecins à la CRR ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges autres que légères au-dessus du niveau des épaules avec le membre supérieur gauche, port de charges maximal de 10 kg, favoriser l'alternance des positions assise et debout, éviter le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, que ce soit à genoux, debout ou assis, éviter les flexions/torsions répétées du tronc et l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations. L'incapacité de travail dans l'activité de maçon est totale, définitivement. Selon les Drs I\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, la situation était stabilisée du point de vue médical. Ils ne se sont pas prononcés plus précisément sur le taux de capacité de travail dans une activité adaptée, mais ont indiqué que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison de facteurs non médicaux. En revanche, selon le docteur R\_\_\_\_\_, chef de service du service de réadaptation professionnelle de la CRR, dans une activité adaptée, la capacité de travail « ne semble pas être altérée ». Le Dr M\_\_\_\_\_ indique quant à lui que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, réalisée « à sa guise », on peut s'attendre à une activité réalisée à la journée entière (cf.

appréciation du 19 juin 2014). La chambre de céans considère que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle émise par les médecins de la CRR est par trop imprécise. Quant à l'appréciation du Dr M\_\_\_\_\_, il convient de la relativiser, dans la mesure où la SUVA ne tient compte que des seules séquelles de l'accident du 22 octobre 2014. Or, il résulte du dossier que le recourant souffre d'autres atteintes à la santé, notamment sur le plan cardiovasculaire. Lors de son hospitalisation aux HUG en octobre 2012, les médecins avaient noté la présence d'adénopathies médiastinales avec nodules pulmonaire et préconisé des investigations. On ignore toutefois si de telles investigations ont été effectuées et, cas échéant, quels en ont été les résultats. Il convient de relever encore qu'aucun médecin ne se prononce sur une éventuelle diminution de rendement. Le cardiologue a bien noté une diminution de rendement en raison de l'angor d'effort, mais sans la chiffrer, étant précisé que lors du stage à l'ORIF, le faible rendement du recourant a été relevé, même sur un horaire allégé. Le SMR se rallie aux avis de la CRR et du Dr M\_\_\_\_\_, mais retient une nouvelle limitation fonctionnelle en raison de la pathologie cardiaque, à savoir qu'il faudrait privilégier une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans stress majeur, et diminuer le port de charge à 5 kg maximum. La chambre de céans remarque toutefois qu'une activité sédentaire est contre-indiquée au regard des limitations fonctionnelles sur le plan ostéo-articulaire. Enfin, s'agissant de l'épaule droite, il apparaît que la situation a changé. Alors que l'ultrason pratiqué le 20 février 2014 révélait un signe de tendinopathie du sous-scapulaire et une minime bursite sous-acromiale sans lésion du tendon supra-épineux, ni de signe d'arthropathie acromio-claviculaire, l'IRM du 29 décembre 2015 a montré d'autres lésions, notamment une tendinopathie du supra-épineux avec rupture partielle, qui ont motivé une intervention en février 2016. Il résulte de ce qui précède que l'intimé n'a pas tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant. Par conséquent, en l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant à la capacité résiduelle de travail du recourant et de confirmer la suppression de la rente au 30 avril 2014. 10. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il appartiendra notamment aux différents spécialistes de décrire l'évolution de l'état de santé du recourant, de déterminer quelle est sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé, de décrire les limitations fonctionnelles y relatives, de dater et fixer le taux de la capacité de travail, cas échéant de son évolution, et de se prononcer sur une diminution de rendement. Il incombera ensuite à l'intimé d'examiner concrètement quel type d'activité entre en ligne de compte pour le recourant, à quel taux et depuis quand et de statuer à nouveau. 11. Le recours est partiellement admis. 12. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RFPA - E 5 10.03). 13. Au vu de l'issue du litige, un émolument de CHF 500.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI). 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.