

200.2016.1215.AI

BEP/BEJ

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 21 juin 2017**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Office AI Berne**  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 11 novembre 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1958, était employé depuis septembre 2011 en tant qu'ouvrier dans la construction. Le 6 novembre 2012, il a été victime d'une chute sur un chantier. Cet accident lui a occasionné une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, qui a été traitée dès le lendemain auprès de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_, où une première opération a ensuite été pratiquée le 14 janvier 2013. Le cas a été pris en charge par la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, qui a alloué des prestations de soins et d'indemnités journalières. L'évolution ultérieure de l'état de santé de l'assuré s'est révélée laborieuse et insatisfaisante, les traitements médicaux entrepris, dont une seconde opération effectuée le 25 juin 2013, n'ayant pas apporté d'amélioration durable. Au vu de l'incapacité de travail persistante dans l'activité habituelle, l'assuré a été licencié le 24 février 2015. Se basant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, selon laquelle l'état de santé de l'assuré lui permettait d'exercer à nouveau toute la journée une activité adaptée légère à moyennement pénible, la Suva, par courrier adressé à celui-ci le 14 octobre 2015, a mis fin au remboursement des frais de traitement rétroactivement à compter du 1<sup>er</sup> février 2015. Par décision du 30 octobre 2015, la Suva a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 19% à compter du 9 juin 2015, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. La Suva a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 6 juin 2016. Le recours de droit administratif interjeté le 29 juin 2016 contre cette décision sur opposition par l'assuré, représenté par un avocat, a été rejeté le 21 juin 2017 par le Tribunal de céans (JTA LAA/2016/617).

**B.**

Le 17 juin 2013, l'assuré a déposé une demande de mesures professionnelles et de rente de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'Office AI Berne a notamment recueilli des rapports auprès de la généraliste traitant l'assuré

et du chirurgien orthopédiste ayant entrepris la seconde opération de son épaule droite, ainsi que le dossier médical établi par la Suva. Deux stages d'observation professionnelle ont par ailleurs été organisés par l'Office AI Berne dans une institution spécialisée. Le premier d'entre eux, planifié du 4 mai au 2 août 2015, a été interrompu par l'assuré le 12 juin 2015 pour des raisons de santé, au vu des douleurs qu'il ressentait; le second a été entrepris du 27 juin au 23 septembre 2016. Le dossier a aussi été soumis à un spécialiste en médecine interne générale du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) de l'Office AI Berne, qui s'est rallié, dans son rapport du 26 juillet 2016, à l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le médecin d'arrondissement de la Suva. Sur cette base, l'Office AI Berne a averti le mandataire de l'assuré, par préorientation du 5 août 2016, qu'il entendait lui allouer rétroactivement une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> décembre 2013 au 31 mai 2014. L'Office AI Berne a considéré que dès mars 2014, il était possible pour l'assuré d'exercer à plein temps une activité adaptée sans diminution de rendement, et que le degré d'invalidité qui en résultait n'était que de 17%, donc inférieur au degré minimal de 40% pour ouvrir le droit à une rente. Nonobstant les objections formulées par le mandataire de l'assuré le 24 août 2016, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation par décision du 11 novembre 2016.

### **C.**

Par acte du 8 décembre, complété le 9 décembre 2016, l'assuré, toujours représenté par le même avocat, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> juin 2014 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 8 février 2017, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Le 8 mai 2017, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 11 novembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue au recourant une rente entière d'invalidité limitée à la période allant du 1<sup>er</sup> décembre 2013 au 31 mai 2014. L'objet du litige, quant à lui, porte sur l'octroi à l'assuré d'une rente entière pour une durée illimitée ou, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par le recourant la capacité de travail résiduelle et le profil de l'activité lucrative exigible, retenus par l'intimé sur la base du dossier de la Suva. L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA ; art. 80 let. c. ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1).

**2.2** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une

demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). 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).

**2.3** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'anc. art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Un autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement une amélioration de l'état de santé, propres à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 5.2). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux

habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). L'art. 88a RAI concerne, certes, la révision de rentes déjà en cours. Il doit cependant être appliqué aussi, par analogie, lorsque la modification du degré d'invalidité s'est produite avant la première décision de rente; il s'ensuit que la modification est alors simultanément prise en considération (ATF 125 V 413 c. 2d; RCC 1990 p. 543 c. 2).

## **2.4**

**2.4.1** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et 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 incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (voir l'art. 16 LPG). L'expert médical évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPG), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPG; ATF 141 V 281 c. 5.2.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des

droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3.a).

**2.4.2** Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee). Les rapports du SMR ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du

SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération (ATF 135 V 465 c. 4.4).

**2.4.3** L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être lié par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2). L'administration, en tant qu'autorité de décision, et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au

moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

### **3.**

**3.1** On relèvera en premier lieu que l'octroi au recourant d'une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2013 au 31 mai 2014 n'est pas litigieux entre les parties. L'intimé ne fait pas valoir de doutes sur la justification du droit du recourant à une rente entière pendant cette période et, au vu du dossier, rien ne permet par ailleurs de remettre en cause, en application de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le fait qu'après un délai d'une année d'incapacité de travail depuis l'accident du 6 novembre 2012, le recourant ait connu une invalidité entière.

**3.2** S'agissant d'une décision allouant à l'assuré une rente limitée dans le temps, en application par analogie des dispositions régissant la révision de rente (voir ci-dessus c. 2.3), il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la modification de la rente litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). En l'espèce, compte tenu de l'objet du litige, il s'agit donc d'examiner si un changement important de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité dans une mesure justifiant la suppression de la rente entière du recourant avec effet trois mois plus tard, s'est produit en mars 2014.

**3.3** Sur le plan médical, pour allouer une rente entière au recourant à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2013 limitée au 31 mai 2014, l'intimé a essentiellement fondé sa décision du 11 novembre 2016 sur la prise de position de son SMR du 26 juillet 2016, qui a confirmé le rapport du médecin d'arrondissement de la Suva du 8 octobre 2014 et s'est rallié au profil d'exigibilité établi par ce dernier (dossier [dos.] AI 97 et 26). Le recourant conteste la valeur probante de ces rapports. Selon lui, le médecin d'arrondissement de la Suva, dans l'appréciation de l'activité

exigible, ne prend pas en compte l'ensemble des avis médicaux de ses médecins traitants, en particulier sa généraliste et le chirurgien orthopédiste ayant entrepris la seconde opération de son épaule droite. Il fait valoir en substance qu'il ressent des douleurs permanentes qui l'empêchent d'exercer une activité lucrative, qu'il ne dispose plus d'aucune capacité de travail et que son invalidité se rapproche plus de 100% que du taux de 17% retenu par l'intimé. Enfin, il conteste les revenus sans invalidité de Fr. 68'264.- et avec invalidité de Fr. 56'485.- pris en compte par l'intimé dans la comparaison des revenus à la base de la fixation du degré d'invalidité.

### **3.4**

**3.4.1** Dans son rapport du 8 octobre 2014, le médecin d'arrondissement de la Suva, une spécialiste en médecine générale, a diagnostiqué un status après rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite consécutive à une chute le 6 novembre 2012, ayant nécessité une première arthroscopie le 14 janvier 2013 avec ténolyse du ligament du long biceps, suture du ligament supraspinal et acromioplastie, puis une seconde arthroscopie le 25 juin 2013 avec reconstruction de la coiffe des rotateurs et nouvelle acromioplastie. En substance, le médecin d'arrondissement a relevé que lors de la consultation, l'assuré s'était plaint du mauvais état de son épaule du point de vue de la mobilité et des douleurs constantes qu'elle lui causait déjà au moindre mouvement du bras droit; ce n'est qu'au repos que le patient déclarait ne pas ressentir de douleurs. Celui-ci avait aussi précisé qu'il suivait une physiothérapie encore une fois par semaine, mais qu'il n'en tirait aucun profit et qu'elle lui causait des douleurs. Du point de vue clinique, le médecin d'arrondissement a constaté clairement une limitation de la mobilité glénohumérale passive, principalement en abduction et en rotation externe; quant à la mobilité active globale à droite, il a indiqué également une limitation importante avec une abduction jusqu'à environ 70°, alors qu'à la fin de l'examen, une abduction du bras droit de l'assuré allant jusqu'à 90° a pu être observée lorsqu'il remettait son T-shirt. Le médecin en a conclu que les causes de la limitation de la mobilité à droite ne lui apparaissaient pas clairement, et qu'il penchait à admettre qu'il s'agissait d'une rigidité postopératoire, car les examens par résonance

magnétique ne pouvaient expliquer à eux seuls l'ensemble des symptômes observés. Il relève aussi une certaine atrophie du muscle deltoïde, tout en remarquant qu'à l'essai clinique, il fournissait une forte contraction en résistance. Le médecin conclut en résumé à un état stabilisé de l'assuré et que d'autres mesures médicales, dans le sens de nouvelles opérations, n'apporteraient pas d'amélioration sensible de l'état actuel. Il estime également qu'une poursuite de la physiothérapie ne ferait pas progresser le patient, et qu'il s'impose néanmoins de lui conseiller vivement de continuer d'effectuer à domicile les exercices appris afin de maintenir la mobilité actuelle. Enfin, le médecin d'arrondissement estime exigible de la part de l'assuré de vaquer à plein temps à une activité lucrative légère à moyennement lourde, sans travaux au-dessus de la tête, sans vibrations et sollicitations par à-coups; il considère que l'assuré est à même de porter des charges jusqu'à 10 kg avec une position des bras près du corps jusqu'à la hauteur des hanches, et de 5 kg jusqu'à la hauteur de la poitrine, mais que sa faculté de travailler sur des échelles ou des échafaudages est limitée.

**3.4.2** Cela étant, il faut admettre que le rapport du 8 octobre 2014 du médecin d'arrondissement, dont la qualification ne peut être mise en doute, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Le lien entre ce médecin et la Suva ne permet pas d'emblée de douter de l'objectivité de l'appréciation de celui-ci, ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (voir c. 2.4 ci-dessus). Sur ce point, le recourant, pas plus que le dossier, ne laissent apparaître d'élément concret susceptible de démontrer la partialité du médecin d'arrondissement de la Suva. Ce médecin a procédé lui-même à un examen personnel du recourant et a pris en compte son anamnèse détaillée et les autres documents figurant au dossier de la cause au moment où il a rédigé son rapport. Contrairement à ce que soutient l'intéressé, il n'a pas négligé ses plaintes, qui sont mentionnées en détail dans le rapport. Dans son appréciation, le médecin de la Suva n'occulte nullement les douleurs exprimées par le recourant. A ce titre, il convient de préciser que prendre en compte ne veut pas dire que le médecin est lié par les limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré lorsqu'il se détermine sur l'activité encore exigible (concernant l'appréciation des plaintes, voir

notamment ATF 140 V 290 c. 3.3.1 et 136 V 279 c. 3.2.1). Par ailleurs, les conclusions du médecin d'arrondissement de la Suva sont logiques, crédibles et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse du rapport. En particulier, et contrairement aux allégués du recourant, elles ne s'opposent pas d'emblée aux autres avis médicaux invoqués dans son recours. A cet égard, on relèvera que tous les médecins ayant été appelés à examiner le recourant sont, dans l'ensemble, unanimes quant aux diagnostics principaux posés. En ce qui concerne la capacité de travail résiduelle et l'activité exigible, rien ne permet non plus de déduire des autres avis médicaux une incapacité de travail totale durable, comme cela ressort de ce qui suit.

**3.5** Le recourant se réfère essentiellement à différents rapports de sa généraliste traitante et du chirurgien orthopédiste ayant procédé à la seconde opération de son épaule en date du 25 juin 2013. Il invoque également l'interruption le 12 juin 2015, en raison de ses douleurs, d'un premier stage d'observation professionnelle organisé par l'intimé auprès d'une institution spécialisée du 4 mai au 2 août 2015, le résultat – qu'il qualifie d'échec – du second stage entrepris dans la même institution du 27 juin au 23 septembre 2016, ainsi que la décision du 7 mars 2016 de beco Economie bernoise, Service de l'emploi, prononçant son inaptitude au placement dès le 9 juin 2015.

**3.5.1** Dans ses brefs rapports des 29 janvier, 6 août, 2 et 26 novembre 2015 (dos. rec. 9, 15, 17 et 19), la généraliste traitante indique en substance qu'une reprise, par le recourant, de son activité antérieure n'est plus possible, qu'aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est proposée à ce jour faute de chances de succès, et est d'avis qu'une adaptation de son travail ou une réinsertion dans une autre activité est nécessaire. Le certificat de la généraliste traitante du 15 mars 2016 (dos. rec. 20) se limite à attester que le patient est actuellement en incapacité de travail suite à ses différentes opérations d'épaule, sans plus de détails. Quant au rapport le plus récent de la praticienne du 20 août 2016 (dos. rec. 21), aussi produit par le recourant, il indique qu'étant donné la problématique de santé du patient avec diminution de la fonction articulaire et de force du membre

supérieur par rapport à son handicap, il ne lui est pas possible d'effectuer des travaux moyennement lourds à lourds, de même que des travaux au-dessus de l'horizontale, des travaux subissant des vibrations ou des coups, ainsi que l'utilisation d'échelles pour travailler, et que, dans ce contexte, une reprise du travail n'est malheureusement pas possible actuellement. A l'évidence, la praticienne ne conclut donc pas à une impossibilité définitive du recourant d'exercer une activité lucrative adaptée à son handicap et, dans son rapport du 20 août 2016, indique des limitations semblables à celles posées par le médecin d'arrondissement de la Suva. Les deux rapports des 19 mai et 25 juin 2015, eux aussi produits par le recourant (dos. rec. 11 et 13), d'une clinique spécialisée en chirurgie de l'épaule et du coude, à laquelle le recourant avait été adressé par sa généraliste en vue d'une seconde opinion, ne contiennent pour leur part aucune indication quant aux conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail résiduelle exigible du patient.

**3.5.2** Dans ses trois rapports des 9 décembre 2014, 26 octobre et 23 novembre 2015 (dos. rec. 8, 16 et 18), le chirurgien orthopédiste ayant pratiqué l'opération du 25 juin 2013 s'est exprimé sur l'activité lucrative exigible de son patient. Dans le rapport du 9 décembre 2014, il est d'avis que celui-ci n'est plus en mesure d'effectuer des travaux manuels au-dessus d'un niveau horizontal, mais que plus bas, une capacité de travail limitée est possible. Il a confirmé cette estimation dans son rapport du 26 octobre 2015, précisant que des travaux légers seraient tout à fait possibles, tels que des travaux administratifs, de surveillance ou des travaux manuels fins. Faisant allusion au premier stage d'observation professionnelle organisé par l'AI, le spécialiste a néanmoins ajouté qu'au vu de l'interruption de cette mesure, son pronostic quant à une réadaptation professionnelle apparaissait réservé. Le 23 novembre 2015, le chirurgien, tout en confirmant une fois de plus son appréciation du 9 décembre 2014, a précisé que le recourant n'était évidemment plus apte au placement sur le marché du travail dans le domaine de la construction, et qu'il apparaissait de manière réaliste que l'exigibilité de travaux en dessous du niveau horizontal serait très limitée, compte tenu de l'essai de réadaptation déjà évoqué ci-dessus.

**3.5.3** En ce qui concerne le premier stage d'observation professionnelle organisé par l'AI du 4 mai au 2 août 2015 et interrompu le 12 juin 2015, le rapport final du 20 août 2015 de l'institution chargée de la mesure (dos. AI 63) révèle en substance que le recourant a effectué un stage dans le domaine du montage électronique et montage d'appareils, et que la difficulté principale de l'assuré se situait au niveau des douleurs invoquées par celui-ci, tant les travaux répétitifs simples et légers que les travaux un peu plus grands et requérant parfois un peu plus de force ayant eu pour conséquence une augmentation très nette des plaintes de l'assuré en raison de ses douleurs. Le rapport définitif établi le 27 octobre 2016 par la même institution (dos. AI 113), relatif au second stage effectué du 27 juin au 23 septembre 2016, confirme expressément les constatations précitées faites lors du premier stage quant aux douleurs invoquées par l'assuré. Les responsables de l'institution soulignent que l'assuré n'a jamais donné l'impression de jouer la comédie ou d'exagérer son état de santé. Ils précisent en outre, en substance, que le recourant ne possède ni les compétences pratiques de base, ni les capacités de compréhension technique nécessaires à cette activité technique fine. Ils ajoutent qu'ils ont élargi le champ des activités afin d'avoir l'occasion de tester d'autres types d'activités et d'autres mouvements, mais sont arrivés au même point, et qu'une telle activité dans le premier marché du travail n'est pas réaliste, tant en terme de compétences manuelles qu'en terme de rendement.

**3.5.4** Dans sa décision du 7 mars 2016 (dos. rec. 5), le Service de l'emploi de beco Economie bernoise a prononcé l'inaptitude au placement du recourant dès le 9 juin 2015 en considérant, sur la base des certificats médicaux de sa généraliste traitante, qu'il était en incapacité de travail à 100% depuis cette date, eu égard également à l'interruption du premier stage d'observation professionnelle et de la demande de rente AI introduite par l'assuré.

**3.5.5** Cela étant, il faut reconnaître que les avis médicaux au dossier ne démontrent aucunement en quoi la capacité de travail médico-théorique et le profil d'exigibilité retenus par le médecin d'arrondissement de la Suva seraient sujets à caution, voire erronés. En effet, à leur lecture, on ne peut qu'admettre qu'ils ne remettent pas véritablement en question cette

appréciation. Dans ses différents rapports et certificats, la généraliste traitante se borne à souligner que son patient n'est plus à même d'exercer son activité antérieure dans la construction – ce que l'intimé ne conteste nullement – ou à attester son incapacité de travail de manière générale, sans indiquer plus de précisions, voire même, dans son rapport le plus récent au dossier du 20 août 2016, à évoquer laconiquement des limitations semblables à celles décrites dans le rapport du médecin d'arrondissement de la Suva du 8 octobre 2014. De plus, s'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant et plus encore du médecin chargé d'une thérapie de la douleur en raison de son rapport de confiance particulier et de la nécessité d'accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Quant au chirurgien orthopédiste ayant pratiqué l'opération du 25 juin 2013, il n'exclut au demeurant aucunement toute éventualité de reprise d'un travail adapté et décrit de manière générale les limitations qu'il conviendrait de respecter dans le cadre d'un emploi susceptible de convenir aux handicaps du recourant, rejoignant lui aussi en grande partie le profil d'exigibilité établi par le médecin d'arrondissement de la Suva dans son rapport du 8 octobre 2014. Face à ces éléments médicaux, l'interruption du premier stage d'observation professionnelle le 12 juin 2015, documentée dans le rapport du 20 août 2015 de l'institution concernée comme étant due à des douleurs dans l'épaule et le bras droits dont se plaignait le recourant, et les considérations émises par cette institution dans son second rapport du 27 octobre 2016, qui prennent aussi en compte des facteurs étrangers à l'invalidité, tels que les déficits de formation du recourant et ses difficultés linguistiques, ne suffisent pas pour remettre en cause, selon un degré de vraisemblance prépondérante, le profil d'exigibilité retenu par la Suva et confirmé par le SMR dans sa prise de position du 26 juillet 2016 (dos. AI 97). Il en va de même pour ce qui est de la décision d'inaptitude au placement rendue le 7 mars 2016 par le Service de l'emploi de beco Economie bernoise. A sa lecture, il appert en effet que cette autorité s'est uniquement fondée sur les attestations

d'incapacité de travail de la généraliste traitante établies de manière générale et laconique, sans se pencher plus avant sur l'éventualité d'une activité encore exigible de la part du recourant, ni sur la capacité de travail résiduelle dans une telle activité.

**3.6** Au vu de ce qui précède, il convient donc de retenir que le rapport du médecin d'arrondissement de la Suva du 8 octobre 2014 est complet, convaincant et satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4 ci-dessus). Par ailleurs, ses constatations et conclusions ne sont pas mises en doute de manière fondée, d'après une vraisemblance prépondérante, par les autres avis médicaux émis jusqu'à la date de la décision contestée du 11 novembre 2016, date déterminante en l'occurrence. L'intimé pouvait donc à juste titre se baser sur la prise de position du SMR du 26 juillet 2016, qui confirmait le rapport du médecin d'arrondissement de la Suva du 8 octobre 2014, sans devoir procéder à des mesures d'instruction supplémentaires et retenir à bon droit une capacité de travail résiduelle du recourant à temps complet dans une activité professionnelle légère à moyenne respectant les limitations décrites par le médecin d'arrondissement (voir ci-dessus c. 3.4.1), et ce dès le mois de mars 2014. En conséquence, il faut conclure qu'en l'état, un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, au sens de la jurisprudence précitée relative à l'art. 17 al. 1 LPGA (voir ci-dessus c. 2.3) et, donc, à justifier la suppression du droit à la rente du recourant avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2014 est établi selon un degré de vraisemblance prépondérante.

#### **4.**

**4.1** 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). Pour procéder à la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire (voir c. 2.2 ci-dessus), il convient de se placer au moment de la naissance (ou de la modification) du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une

même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision doivent être prises en compte (ATF 129 V 222). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b). Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1).

**4.2** L'Office AI Berne a retenu comme salaire sans invalidité un revenu annuel de Fr. 68'264.- pour 2014, année au cours de laquelle la suppression de la rente prend effet. Pour ce faire, il s'est basé sur les informations recueillies auprès de l'ancien employeur du recourant, qui a indiqué dans le questionnaire rempli le 9 juillet 2013 (dos. AI 8) un revenu mensuel de Fr. 5'213.- en 2013, versé 13 fois par an. Sur cette base, justifiée étant donné que le recourant, sans atteinte à la santé, aurait poursuivi son activité habituelle dans la construction, en indexant ce salaire annuel à 2014, on obtient néanmoins un revenu hypothétique de valide de Fr. 68'092.- (Indice suisse des salaires nominaux, table T1.93, secteur secondaire, construction: 125.5 points en 2013 et 126.1 points en 2014), soit un montant moins favorable au recourant que celui pris en compte par l'intimé dans la comparaison des revenus.

### **4.3**

**4.3.1** Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1). Si, après la survenance de

l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou plus dans une mesure exigible de sa part, la jurisprudence admet que le revenu d'invalidé soit déterminé en se basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée périodiquement par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2016 UV n° 13 c. 2.2).

**4.3.2** Au vu du profil d'exigibilité défini par le rapport du médecin d'arrondissement de la Suva du 8 octobre 2014, l'intimé s'est fondé sur le revenu statistique mensuel de l'ESS 2014 pour les tâches physiques ou manuelles simples. Ce faisant, en prenant en compte un revenu statistique mensuel de Fr. 5'312.- (ESS 2014, table TA1, hommes), à adapter selon le facteur 41,7/40 heures par semaine compte tenu de la durée normale du travail en 2014 par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine servant de base à l'ESS (ATF 126 V 75 c. 3b/bb), on parvient à un revenu de Fr. 66'453.-. Sur ce revenu, l'intimé a encore procédé à un abattement de 15% en raison des problèmes de santé du recourant, ce qui s'avère pleinement justifié. En effet, d'après la jurisprudence, il faut tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte, qui peut aller jusqu'à un maximum de 25% (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). En procédant au dit abattement de 15%, on obtient un revenu d'invalidé déterminant de Fr. 56'485.-. On relèvera qu'en appliquant l'abattement maximal de 25%, on obtiendrait un revenu d'invalidé de Fr. 49'840.-.

**4.3.3** Le recourant conteste être en mesure de réaliser un tel revenu, qu'il estime irréaliste compte tenu des limitations dues à son état de santé et de son âge de 58 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue et de sa mauvaise maîtrise du français. Ces critiques ne sont pas pertinentes. Comme déjà exposé plus haut, il faut admettre que le recourant est en mesure de vaquer à une activité lucrative tenant compte des restrictions prises en considération par le médecin d'arrondissement de la Suva (voir ci-dessus c. 3.4.1 et 3.5), telle que chacune des cinq descriptions de

postes de travail (DPT) prises en compte par la Suva dans sa décision du 30 octobre 2015. Or, rien ne permet de retenir qu'une telle activité ne serait pas disponible sur un marché du travail équilibré. La notion du marché du travail équilibré, au sens de l'art. 16 LPGA précité (voir ci-dessus c. 2.1), est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'AI. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, la personne invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et si elle peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 c. 4b). Pour ce faire, il convient de tenir compte non seulement des exigences intellectuelles et du niveau des qualifications professionnelles, mais aussi de la capacité physique de la personne assurée. Dans ce contexte, il faut faire abstraction des activités qui s'avèrent irréalistes. Pour qu'elles soient exigibles de la part de la personne assurée, les activités entrant en considération doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas d'espèce. D'après la jurisprudence, il ne faut néanmoins pas non plus poser de conditions excessives à la concrétisation de possibilités de travail et de gain pour admettre qu'elles sont exigibles pour l'assuré. Pour l'évaluation de l'invalidité, les chances de trouver concrètement un emploi pour la personne assurée dans les conditions actuelles du marché du travail ne sont pas déterminantes; seule importe la question de savoir si elle est encore en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans le cadre d'un marché du travail équilibré. Ce dernier, au sens de l'art. 16 LPGA, inclut aussi les emplois dits de niche, c'est-à-dire les places de travail dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une attitude bienveillante de l'employeur (TF 9C\_910/2011 du 30 mars 2012 c. 3.1, 9C\_95/2007 du 29 août 2007 c. 4.3 et les références citées). Certes, on ne peut toutefois plus parler d'une possibilité de travail et de gain si l'activité exigible n'est plus possible que dans une mesure tellement réduite qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché du travail équilibré, ou qu'elle implique une bienveillance qui s'avère irréaliste de la part d'un employeur moyen, de telle sorte que l'éventualité de trouver un emploi

correspondant est pratiquement exclue d'emblée (TF 9C\_910/2011 précité c. 3.2 et référence). Cependant, il n'y a pas lieu d'admettre que tel puisse être le cas en l'occurrence. De plus, le fait que le recourant ait travaillé depuis 1988 en Suisse permet de retenir que ses connaissances de la langue française sont, à tout le moins, suffisantes pour un emploi non qualifié. Enfin, contrairement à ce qu'invoque le recourant, on ne peut mettre en doute la décision contestée parce qu'elle ne tiendrait pas compte de son âge dans l'évaluation de son invalidité. Au cas particulier, il faut en effet écarter l'application de la jurisprudence qui permet, bien que l'âge en soi représente un facteur étranger à l'invalidité, de considérer que, pour certains assurés âgés et dans des conditions particulières, le marché du travail n'est plus à même d'offrir des emplois légers, adaptés et correspondant au profil requis. En l'occurrence, il faut constater que, de manière réaliste, les limitations fonctionnelles handicapantes du recourant, répandues même chez des assurés plus jeunes que lui, lui laissent encore un choix important d'emplois non qualifiés lui offrant la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain sur un marché du travail équilibré. Rien ne permet de penser qu'il serait inexigible de sa part de retrouver un tel travail (ATF 138 V 457 c. 3.1 et références). Cela est d'autant plus vrai que l'âge à prendre en considération correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 c. 3.3), soit en l'espèce le rapport du 8 octobre 2014 du médecin d'arrondissement de la Suva. A cette époque, le recourant était âgé de 56 ans et se trouvait donc encore loin de l'âge de la retraite, contrairement à la situation ayant prévalu dans l'arrêt du TF 9C\_734/2013, où il s'agissait d'un assuré âgé de 62 ans. L'application à son cas de la jurisprudence relative aux assurés âgés n'entre donc de toute façon pas en considération (voir aussi TF 9C\_52/2014 du 28 mai 2014 c. 3, 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 c. 4.2.2, 9C\_437/2008 du 19 mai 2009 c. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 c. 2.2, confirmés dans TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 c. 4.3). Dans ce contexte, l'âge de la retraite à 60 ans, invoqué par le recourant, ne s'applique qu'en fonction des conventions collectives de travail conclues dans le domaine d'activité antérieur du recourant dans la construction, mais ne représente aucunement l'âge donnant droit à une rente de vieillesse d'après la législation fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants et sur la prévoyance professionnelle.

**4.4** En comparant ainsi le revenu d'invalidé déterminant obtenu de Fr. 56'485.- (avec abattement de 15%, voir c. 4.3.2) avec le revenu sans invalidité défini plus haut de Fr. 68'092.-, il en résulte une perte de gain de Fr. 11'607.- et un degré d'invalidité de 17% (après arrondissement; ATF 130 V 121). Même en appliquant un abattement de 25% au revenu d'invalidé qui s'élèverait ainsi à Fr. 49'840.-, il en résulterait un degré d'invalidité d'au plus 27%. Ces taux sont inférieurs au degré d'invalidité minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

En application de l'art. 88a al. 1 RAI, c'est dès lors à juste titre que l'Office AI Berne a procédé à la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant avec effet trois mois après l'amélioration de la capacité de gain du recourant, soit au 31 mai 2014.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**5.2** Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

**5.3** Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGa a contrario).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,
  - à la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).