

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3650/2017

ATAS/1124/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 décembre 2018

8<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié aux ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel BOLIVAR      recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE      intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1967, d'origine espagnole, est arrivé en Suisse en juin 2008. Il a une maîtrise limitée de la langue française.
2. L'assuré a exercé plusieurs emplois temporaires en tant que « maçon B » par l'entremise de B\_\_\_\_\_ SA de juin à décembre 2008. Il a réalisé un salaire brut moyen de CHF 20'116.85 pour les périodes de travail du 23 juin au 8 août, du 9 septembre au 3 octobre, du 18 au 21 novembre et du 27 novembre au 12 décembre 2008. Il a accompli une dernière mission temporaire en qualité « d'employé de construction classe B » à partir du 26 mai 2009, réalisant un salaire-horaire de CHF 35.38 et effectuant 41 heures hebdomadaires. Son salaire brut s'est élevé à CHF 8'486.10 pour les périodes de travail du 14 au 17 avril et 26 mai au 30 juin 2009.

En incapacité de travail depuis le 30 juin 2009, le contrat de travail de l'assuré a été résilié par l'employeur pour le 3 août 2009.

3. En date du 29 septembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestation auprès de l'assurance-invalidité.
4. A la suite d'un séjour hospitalier du 2 au 9 octobre 2009, le diagnostic de sténose foraminale récessale bilatérale L4-L5 a été posé. Une foraminotomie a été effectuée le 5 octobre 2009. L'évolution a été excellente dans un premier temps mais, par la suite, l'opération a été considérée par les opérateurs comme un échec. Les lombosciatalgies irradiaient jusque dans la cheville gauche et étaient intermittentes à droite.
5. Selon les indications fournies le 4 janvier 2010 par son médecin-traitant, le docteur C\_\_\_\_\_, l'assuré souffre de lombalgies chroniques. L'incapacité de travail était totale dans l'activité actuelle ; un changement d'activité était nécessaire. L'état de santé n'étant pas stabilisé, la capacité de travail résiduelle devait être évaluée ultérieurement.
6. En octobre 2010, ce médecin a indiqué que le patient souffrait de lombalgies chroniques gauches. Une activité en position assise ou debout, si elle n'excédait pas 30 minutes, et évitant le port de charges de plus de 10 kg pouvait être envisagée. Le travail était possible en position assise, en faisant alterner les postures de travail et les positions de marche, debout et assise.
7. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a précisé que les limitations fonctionnelles « intéressent le port de charges de plus de 5 kg, la flexion antérieure du tronc et tous les mouvements du bras gauche au-dessus de l'horizontale ».
8. Le Service médico-régional (ci-après SMR) a considéré, dans son appréciation du 20 juillet 2010, que la capacité de travail de l'assuré était entière à partir du 5 janvier 2010 dans une activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 à

10 kg, permettant d'alterner les positions assise/débout, évitant la position statique ou en porte-à-faux.

9. Par décision du 14 mai 2012, l'OAI a refusé tout droit à des prestations, motif pris qu'après avoir procédé à la comparaison du salaire que réaliserait l'assuré dans sa profession habituelle à celui qu'il peut réaliser, selon les estimations statistiques, dans une activité adaptée, le degré d'invalidité était de 15,8%.
10. L'assuré a interjeté recours contre décision. Au cours de la procédure, il a produit une nouvelle attestation du Dr D\_\_\_\_\_, du 5 novembre 2012, qui soulignait les limitations fonctionnelles déjà relevées. Par ailleurs, ce praticien précisait qu'un bilan avait mis en évidence une atteinte de l'articulation glénohumérale (labrum), qui avait nécessité une chirurgie le 2 octobre 2012. La rééducation durait environ trois mois et une réévaluation des limitations fonctionnelles pouvait être faite en février 2013.
11. Par arrêt du 4 mars 2013 (ATAS/228/2013), la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assuré, jugé que le revenu sans invalidité, à fin juin 2010, devait être arrêté à CHF 65'860.- et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire quant aux répercussions de l'atteinte de l'épaule gauche.
12. Dans son rapport à l'attention de l'OAI du 22 mai 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait subi une arthroscopie de l'épaule gauche en octobre 2012 et que le traitement chirurgical avait été un échec. L'incapacité de travail était de 100%. L'assuré ne pouvait exercer que des activités dans différentes positions, avec rotation en position assise/debout et le port de charges était limité à 5 kg.

Le médecin a joint copies des différents examens pratiqués, dont notamment :

- une arthro-IRM du 11 mai 2012 concluant à une déchirure d'orientation supéro-latérale réalisant quasiment une anse de seau et quasiment une lésion de type SLAP III du labrum antéro-supérieur à postéro-supérieur, un os acromial pouvant prédisposer au conflit sous-acromial, et suspicion d'une ostéolyse post-traumatique débutante de la clavicule ;
  - le compte-rendu opératoire du 2 octobre 2012 du Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HUG et la lettre de sortie du 8 octobre 2012 ;
  - l'arthro-IRM de l'épaule du 2 mai 2013, concluant à un status post-ténodèse du long chef du biceps avec aspect discontinu faisant suspecter une rupture de la ténodèse, une tendinopathie fissuraire du tendon du supra-épineux, et un status post-réparation du labrum génoïdien sans nouvelle fissure objectivable.
13. Le docteur F\_\_\_\_\_, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a établi un rapport en date du 2 août 2013. Il a diagnostiqué un SLAP III de l'épaule gauche. Suite à la sténodèse, l'évolution a été défavorable, le patient avait toujours des douleurs, la force et les amplitudes étaient limitées. L'activité exercée n'était plus exigible, l'incapacité de travail de 20% au moins existait depuis 2010 au minimum mais le médecin ne pouvait pas se prononcer sur une reprise de travail. Il

---

allait prendre un deuxième avis médical auprès du Dr G\_\_\_\_\_. Concernant les limitations fonctionnelles, le patient ne pouvait travailler avec les bras au-dessus de la tête, soulever/porter, travailler sur une échelle ou des échafaudages.

14. Dans son rapport à l'attention du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 août 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, de l'Hôpital de la Tour, indiquait avoir retrouvé une légère sensibilité à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire gauche. L'élévation antérieure active était limitée à 165°, elle était complète en passif. Les rotations externes étaient symétrique 45° et la rotation interne main dans le dos limitées à D10 contre D8. Il n'y avait pas de problème de coiffe antérieure ou postérieure, mais il avait retrouvé une légère faiblesse de la coiffe des rotateurs supérieure avec une manœuvre de Jobe douteuse. Il existait un signe de Popeye.

Dans son courrier du 23 août 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ notait que l'IRM du 2 mai 2013 avait confirmé une rupture itérative du tendon sous-épineux ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire à gauche. Au vu de l'âge du patient, il proposait une révision chirurgicale, à savoir une arthroscopie de l'épaule gauche avec réinsertion du tendon sus-épineux et résection du centimètre externe de la clavicule.

15. Selon le rapport du 8 novembre 2013 du docteur H\_\_\_\_\_, médecin à l'Hôpital de la Tour, le patient présentait une rupture de la coiffe des rotateurs à gauche. Suite à la prochaine révision chirurgicale, une reprise du travail à 100% pouvait être envisagée à 3 - 6 mois. Le 6 décembre 2013, l'assuré a subi une nouvelle arthroscopie de l'épaule gauche avec réparation du tendon du sus-épineux et résection du cm externe de la clavicule.
16. En mars 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ attestait une situation très satisfaisante, bien que le patient soit encore algique ; il avait recouvré quasiment toutes ses amplitudes articulaires. Un contrôle à six mois post-opératoire. était prévu. Dans l'intervalle, l'arrêt de travail à 100% était maintenu (rapports des 12 et 21 mars 2014). Le 11 juillet 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ confirmait l'amélioration de santé, avec des amplitudes quasi complètes. La capacité de travail est de 100% dans l'activité de maçon ; une reprise de travail était envisageable à 100% à 6 mois ( ? ).
17. Dans un avis du 28 août 2014, le SMR a retenu une incapacité de travail définitive de 100% dès le 30 juin 2009 en raison de la pathologie rachidienne, associée à celle de l'épaule à partir de 2012 jusqu'à juin 2014. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rachidiennes, la capacité de travail était de 100% dès le 5 janvier 2010. A partir de juillet 2012 et jusqu'à juin 2014, il convenait de tenir compte des limitations de l'épaule gauche chez un assuré droitier. Enfin, deux périodes de capacité de travail nulles dans toute activité étaient admises, soit pendant trois mois après la première opération de l'épaule du 2 octobre 2012 et durant six mois après la deuxième opération du 6 décembre 2014.
18. Par projet de décision du 12 novembre 2014, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 mars 2013 et du

---

1<sup>er</sup> décembre 2013 au 31 août 2014. En revanche, le droit aux mesures professionnelles n'a pas été reconnu, le degré d'invalidité s'élevant à 16%.

19. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a contesté le projet de décision. Il a produit un rapport complémentaire du Dr D\_\_\_\_\_ du 10 février 2015, attestant que son patient était incapable, en raison de problèmes mécaniques de l'épaule et en raison également des lombalgies persistantes après cure de hernie discale en octobre 2009, d'exercer une activité à un taux de 50 %, que ce soit dans son ancienne activité de maçon ou dans une activité adaptée. Il a fait valoir de plus que le dossier ne contenait aucun élément permettant de comprendre les raisons pour lesquelles l'OAI considérait que son état de santé se serait amélioré de telle façon qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée serait exigible.
20. Dans son rapport à l'attention de l'OAI du 16 avril 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne une persistance des limitations fonctionnelles, avec des douleurs notamment à l'effort de port de charges. La capacité de travail dans une activité adaptée était nulle de janvier 2012 et juillet 2012, de 50% pour la période entre les deux opérations de l'épaule et depuis juin 2014.
21. Sur avis du SMR, une expertise rhumatologique a été mise en place auprès de la docteure I\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 17 juillet 2015, la Dresse I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies L4-L5 et L5-S1, des sciatalgies intermittentes L5-S1 droites, une ostéophytose marginale postérieure au niveau L5-S1 en contact avec la racine L5 droite, ainsi que des omalgies gauches à l'effort, status après ténotomie/ténodèse du long chef du biceps, lâchage de la ténodèse en mai 2013, réparation du sus-épineux sous arthroscopie le 6 décembre 2013. Dans la discussion du cas, l'experte, après analyse des documents médicaux, relève une erreur commise par l'assistant du Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 juillet 2014 ; en effet, il a coché 100% de capacité comme maçon alors qu'il croyait noter 100% d'incapacité en tant que maçon. Contrairement à ce qui a été retenu, même dans une activité adaptée, l'assuré n'était pas apte au travail avant mi-novembre 2014. Il n'existe ainsi pas deux périodes d'invalidité, mais une invalidité à 100% dans n'importe quelle profession dès mars 2012 et jusqu'à fin septembre 2014. Concernant les lombosciatalgies droites, l'experte relève que le rachis est un peu enraidé sur toute la hauteur dorsale et lombaire, douloureux dans les inclinaisons latérales. Il n'y a pas de douleur à la pression des vertèbres, pas de contracture des masses musculaires de voisinage. Concernant les douleurs de l'épaule gauche, l'évolution après la révision de la coiffe est lentement favorable, avec une persistance des douleurs lorsqu'il utilise son membre supérieur dans les mouvements d'abduction rotation externe, d'abduction et lors des ports de charges. L'examen clinique du jour montre des volumes musculaires symétriques des galbes des épaules, les tendons sont tous en continuité, le testing de la coiffe des rotateurs est tenu pour le sus-épineux, le sous-épineux, le sous-scapulaire. Le Palm up test est légèrement diminué en force à cause de la ténodèse rompue du long chef du biceps. Les amplitudes sont limitées

en actif, bien meilleures en passif avec une restauration quasi complète de la rotation externe. Les limitations fonctionnelles pour les lombaires sont les suivantes : éviter les déplacements répétitifs en marchant, privilégier l'alternance des positions debout assise toutes les 1h.30, éviter la montée et la descente des escaliers, le travail en hauteur, la marche sur terrain inégal, les mouvements répétitifs en flexion extension et rotations du rachis, les ports de charges étant limités à 5 kg, et 8 kg de façon occasionnelle. Pour l'épaule gauche : pas de manipulation d'objets supérieurs à 3 kg bimanuellement s'ils sont répétitifs et impliquent l'abduction-rotation externe. L'experte a conclu à une incapacité de travail totale en tant que maçon depuis le 30 septembre 2009 et dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> mars 2012 jusqu'au 30 septembre 2014. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100% pour les rachialgies depuis le 1<sup>er</sup> juin 2010 et de 80% pour l'épaule depuis le 30 septembre 2014. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014, la capacité de travail est de 80% dans un poste respectant l'ensemble des limitations fonctionnelles.

22. Par avis du 10 septembre 2015, le SMR a retenu une incapacité de travail de 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2010 ; dans une activité adaptée aux limitations rachidiennes, la capacité de travail est de 100% dès le 4 juin 2010, puis 0% dès le 1<sup>er</sup> mars 2012. Pour les limitations rachidiennes et de l'épaule gauche, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 0% dès le 1<sup>er</sup> mars 2012, puis de 80% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014.
23. Le 7 mars 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une orientation professionnelle de trois mois aux EPI. Dans son rapport à l'OAI du 30 juin 2016, le chef de secteur des EPI a relevé qu'en raison des limitations fonctionnelles importantes, il n'a pas été possible de dégager une orientation professionnelle avec poste de travail adapté. L'assuré est focalisé sur sa problématique de santé. La mesure est poursuivie à mi-temps dans l'atelier de réentraînement. Après deux semaines l'assuré a été en incapacité de travail à 100%. En accord avec l'OAI, il a été mis un terme au mandat.
24. Dans un courrier à l'attention de l'OAI du 20 juin 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ indiquait que du point de vue objectif, il n'avait pas de modification de l'examen clinique, que ce soit au niveau du rachis cervical lombaire qu'à celui de l'épaule gauche. En définitive, il considérait que son patient devrait être capable de soutenir une activité adaptée à 50%.
25. Le SMR, par avis du 10 novembre 2016, a maintenu ses conclusions.
26. Par décision du 5 juillet 2017, l'OAI reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 100% et lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2013 au 31 décembre 2014. Après instruction médicale, le SMR a reconnu une incapacité de travail durable de 100% dans toute activité dès mars 2012 en raison d'une nouvelle affection médicale. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 80% à partir d'octobre 2014. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité est de

29%, insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité, de sorte que la rente est supprimée à fin décembre 2014. Des mesures professionnelles ne sont pas indiquées.

27. Représenté par son mandataire, l'assuré a interjeté recours le 6 septembre 2017. Il conteste en substance la valeur probante de l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_ dès lors qu'elle est en totale contradiction avec les rapports médicaux, qu'elle ne motive pas comment elle est parvenue à retenir une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, malgré l'intervention chirurgicale de décembre 2013, les problèmes mécaniques de l'épaule gauche existent toujours et les lombalgies sont persistantes. Il considère que les limitations fonctionnelles empêchent le recourant à reprendre une activité adaptée à un taux supérieur à 50%. Le taux de 80% retenu par l'experte est manifestement excessif compte tenu du nombre de limitations fonctionnelles. Le recourant ne comprend pas pourquoi il n'a pas été tenu compte des observations faites durant le stage aux EPI. Il fait également grief à l'intimé de n'avoir pas retenu une perte de rendement. Au vu des limitations fonctionnelles importantes, soit celles constatées aux EPI, il estime qu'une perte de rendement de 60% doit être retenue sur une activité de 50%. Le recourant reproche également à l'intimé une constatation manifestement inexacte des faits et une violation du droit concernant le revenu d'invalidité retenu et sa réduction de 10%. Il convient de se baser sur la table TA1 en principe, mais dans son cas, le salaire moyen n'est pas représentatif de ce qu'il pourrait effectivement obtenir. Enfin, la réduction de 10% opérée par l'intimé n'est pas suffisante. Compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles, il convient de procéder à une réduction de 25%. Le recourant conclut en définitive à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.
28. Par réponse du 4 octobre 2017, l'OAI conclut au rejet du recours. Il se réfère à l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_, qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Concernant les observations faites durant le stage, il rappelle qu'en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré. L'experte a bien expliqué les raisons pour lesquelles elle n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_. Elle a tenu compte de la perte de la mobilité et des douleurs pour fonder son appréciation. Quant à la table T1, même si on appliquait la table TA1, le taux d'invalidité serait insuffisant pour ouvrir droit à une rente. L'intimé expose avoir tenu compte d'un abattement de 10% pour tenir compte de la limitation aux seuls travaux légers et du taux d'activité partiel. Contrairement à ce que le recourant soutient, son âge ne peut pas être retenu, ni le fait qu'il ne maîtrise pas la langue française.
29. Le recourant a renoncé à répliquer.

### **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<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant postérieurement au 31 décembre 2014, singulièrement sur la question de savoir si l'intimé est fondé à supprimer la rente entière d'invalidité au 31 décembre 2014.
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 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêts du Tribunal fédéral I 520/05 du 28 décembre 2006 ; I 554/06 du 21 août 2006). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).
6. 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).

7. 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.

Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à - 27/34-A/543/2013 déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 1

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).

8. Chez les personnes actives, l'invalidité doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses

possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

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 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 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).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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 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).

Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de

---

l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25 % [ATF 126 V 75]) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration [ATF 137 V 71 consid. 5.2 p. 73 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2)].

9. 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).

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).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bienfondé (ATF 125 V 351 consid 3b/bb).

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).

c) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF [125 V 351](#) consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral [9C 369/2008](#) du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En

---

revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons

---

pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi une incapacité de travail totale dans toute profession dès le 1<sup>er</sup> mars 2012, aussi bien en raison des affections rachidiennes que celle de l'épaule gauche (cf. rapports d'expertise de la Dresse ERNI du 17 juillet 2015 p. 30 ; avis SMR du 10 septembre 2015). Est litigieuse en revanche la question de la capacité de travail du recourant estimée par l'experte à 80% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014.
13. La chambre de céans constate que l'expertise effectuée par le Dresse I\_\_\_\_\_ répond a priori aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

En effet, elle se fonde sur le dossier médical complet, un examen clinique du recourant, elle relate les plaintes du recourant, l'anamnèse est complète, les diagnostics sont clairs, et les limitations fonctionnelles sont détaillées et expliquées de façon cohérente. L'experte a procédé à une analyse complète des documents médicaux et radiologiques, ainsi qu'à une discussion approfondie des nombreux rapports médicaux pour finalement apprécier la capacité de travail du recourant en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé.

Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_, motif pris qu'elle est lacunaire et que ses conclusions sont en contradiction avec les rapports médicaux ainsi que le contenu de rapport de stage établi par les EPI. Il se réfère en particulier aux rapports du Dr D\_\_\_\_\_, selon lesquels les problèmes de l'épaule gauche existent toujours malgré l'intervention chirurgicale de décembre 2013 et que les lombalgies sont persistantes malgré l'intervention de cure de hernie discale d'octobre 2009 (cf. rapports des 10 février 2015 et 16 avril 2015). Il allègue que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est que de 50%, comme l'atteste finalement le Dr D\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 15 mai 2015 et 20 juin 2016).

L'experte n'est toutefois pas d'accord avec l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ et considère que le recourant peut travailler à un taux supérieur. Elle relève que le 8 novembre 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ indiquait une incapacité de travail à 100% de l'opération jusqu'à 3 - 6 mois postopératoire, après quoi la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sera de 100%. De plus, l'évolution après l'intervention du 6 novembre 2013 a été favorable, comme le Dr G\_\_\_\_\_ l'a attesté dans son rapport du 12 mars 2014. L'évolution était en effet très satisfaisante avec récupération de quasiment toutes les amplitudes articulaires ; il proposait une réévaluation à six mois avec dans l'intervalle une incapacité de travail de 100%. Le 21 mars 2014, il notait des amplitudes presque complètes et des douleurs résiduelles. La capacité de travail (recte : l'incapacité de travail, cf. rapport d'expertise pp. 8 et 27) était de 100% en tant que maçon. Enfin, le 11 juillet 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ notait une amélioration de l'état de santé avec des amplitudes quasi complètes et notait une nouvelle fois une capacité de travail (recte : incapacité de travail) à 100 % en tant que maçon. Le 15 mai 2015, il notait que l'évolution initiale avait été satisfaisante, mais avec des difficultés à récupérer l'élévation active. L'échographie était rassurante, sans rupture, mais l'assuré était toujours en arrêt de travail à 100% comme maçon.

L'experte explique, concernant les lombosciatalgies droites, qu'à l'anamnèse le recourant ne sent plus d'irradiation dans le membre inférieur gauche et qu'il décrit des douleurs lombaires en barre. A l'examen clinique, il n'y a pas de trouble sensitif, pas de diminution de la force, le Lasègue est négatif des deux côtés pour le Lasègue direct. En somme, le rachis est un peu enraidit sur toute la hauteur dorsale et lombaire, au redressement du penché en avant, elle note un déconditionnement musculaire. Il n'y a pas de douleur à la pression des vertèbres, pas de contracture des masses musculaires de voisinage. Il n'y a pas de souffrance évidente, mais une atteinte séquellaire de raideur lombaire. Concernant les douleurs de l'épaule gauche, l'évolution après révision de la coiffe en décembre 2013 a été lentement favorable, avec néanmoins une persistance des douleurs lorsque le recourant utilise son membre supérieur dans les mouvements d'abduction rotation externe, d'abduction et lors des ports de charges. A l'anamnèse, il n'y a pas de douleur au repos, elles sont au maximum de 7 sur 10 lors de mouvements en élévation, de 2 sur 10 par exemple lorsqu'il lave la vaisselle en position du membre supérieur en dessous de la ligne des épaules. A l'examen clinique, l'experte a constaté des volumes musculaires symétriques des galbes des épaules et une asymétrie au niveau du bras. Les amplitudes sont limitées en actif, mais bien meilleures en passif avec une restauration quasi complète de la rotation externe. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100% pour les rachialgies depuis le 1<sup>er</sup> juin 2010. En revanche, pour l'épaule gauche, la capacité de travail est de 80% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis le 30 septembre 2014 (cf. rapport d'expertise p. 31).

---

Les rapports du Dr D\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_, étant relevé que son appréciation rejoint aussi celle du Dr G\_\_\_\_\_ qui relevait en juillet 2014 une amélioration de l'état de santé.

Par conséquent, il convient de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 30 septembre 2014.

14. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant compte tenu d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée.

a) L'intimé a effectué le calcul en prenant en compte, à juste titre, des revenus avec et sans invalidité en 2014, dès lors que c'est en octobre 2014 que le recourant a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée.

Le revenu annuel sans invalidité a été fixé à CHF 65'860.- en 2010 par arrêt de la Cour de céans de 4 mars 2013, entré en force. Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir. Réactualisé à 2014, ce revenu s'élève à CHF 68'050.- (CHF 65'860.- : 2285 [indice 2010] x 2361 [indice 2014]).

Le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative, le revenu d'invalidé doit être déterminé au moyen de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, Tableau TA1 et non T1 tel que retenu par l'intimé, pour un homme, niveau d'activité 1, tâches physiques ou manuelles simples, soit pour un homme CHF 5'312.- par mois. Contrairement à ce que le recourant soutient, cette valeur statistique qui s'applique aux assurés qui conservent une capacité de travail dans des activités simples et répétitives, recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (p. ex. arrêt 8C\_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3). Or, en l'occurrence, comme vu ci-dessus, le recourant a une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée. Il s'ensuit que le revenu d'invalidé, actualisé sur 41,7 heures de travail hebdomadaire, s'élève à CHF 66'453.- par an, soit à un taux de 80% CHF 53'162.40.

b) L'intimé a procédé à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé pour tenir compte de la limitation aux seuls travaux légers et du taux d'activité partiel, ce que le recourant juge insuffisant.

En ce qui concerne la fixation du revenu d'invalidé (cf. art. 16 LPGA) sur la base des statistiques salariales, il est notoire, selon la jurisprudence, que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas

particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale 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 p. 79).

Ainsi, même si les limitations liées au handicap ont été prises en considération une première fois par l'expert pour fixer la capacité résiduelle de travail du recourant, il n'en demeure pas moins qu'elles sont également l'un des critères reconnus par la jurisprudence pour justifier une réduction du revenu d'invalidité, notamment pour les personnes obligées de travailler à temps partiel en raison de leur invalidité (arrêt du Tribunal fédéral du 27 avril 2017 9C\_690/2016).

Il convient de rappeler que l'étendue de l'abattement dans un cas particulier est une question relevant du pouvoir d'appréciation. A cet égard, le pouvoir d'appréciation du juge des assurances sociales n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend aussi à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). Cet examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité administrative a adoptée dans le respect de son pouvoir d'appréciation et des principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Le juge ne peut toutefois substituer sans motif pertinent sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme étant la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 p. 73 ; 126 V 75 consid. 6 p. 81).

En l'espèce, l'âge du recourant (50 ans lors de la décision litigieuse) n'est pas un critère à retenir per se. En revanche, les nombreuses limitations fonctionnelles décrites par l'experte, telles que la nécessité de varier les positions debout/assise toutes les 1h.30 - 2h., d'éviter les positions en porte-à-faux du tronc, les mouvements répétitifs en flexion-extension du rachis lombaire et les mouvements en rotation, la marche sur terrain instable, le travail en hauteur, le travail au-dessus de la ligne des épaules, le travail répétitif en rotation externe même en dessous de 90° d'abduction, le permis de séjour B dont est titulaire le recourant méritent d'être pris en considération dans la détermination du revenu hypothétique d'invalidité, dès lors qu'ils entraînent sans aucun doute un impact sur la rémunération qu'il pourrait obtenir.

Ces critères, non pris en compte par l'intimé, justifient une réduction à hauteur de 20%, plus appropriée à la situation concrète du recourant, ce qui donne un revenu d'invalidité de CHF 42'530.-. Cela étant, le degré d'invalidité est de 37,50%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité du recourant au 31 décembre 2014 (art. 88a RAI).

15. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RSG E 510.03).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irene PONCET

Juliana BALDÉ

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