

GE_GERICHTE ATAS/820/2018 vom 18. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_820_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/820/2018 du 18 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/820/2018 del 18 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

Dans son arrêt incident du 21 juin 2016, la chambre de céans a déjà tranché les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.

E. 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).

A/598/2016 - 11/19 -

E. 3

Est litigieux le droit du recourant à une rente entière d'invalidité après le 31 décembre 2014, respectivement l'évaluation de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci.

E. 4

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). En 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). b. 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). c. En vertu des 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 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA.

E. 5

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

A/598/2016 - 12/19 - un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans

une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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

A/598/2016 - 13/19 - expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 6

a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 consid. 5.2.2). 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).

A/598/2016 - 14/19 - b. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). c. Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Elle est tenue d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision (ATF 132 V 368 consid. 4). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

E. 7

a. En l'espèce, le recourant dénie toute valeur probante au rapport du SMR du 17 août 2015 au motif qu'il est lacunaire. Il fait également grief à l'intimé de ne pas avoir donné suite à l'avis du SMR du 14 juillet 2014 préconisant la mise en œuvre d'une expertise. Pour sa part, l'intimé considère que le rapport d'expertise du Dr G_____ ne fait que confirmer les conclusions du SMR d'août 2015 et que, dans la mesure où les divers accidents n'ont pas provoqué de lésions osseuses, ils

A/598/2016 - 15/19 - n'ont affecté que temporairement la capacité de travail du recourant, soit tout au plus durant six mois après chaque traumatisme. Par ailleurs, l'intimé estime qu'il peut reprendre l'appréciation de l'incapacité de travail faite par l'assurance-accidents au vu du principe d'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité. b. Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA. Le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens

que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Un peu plus tard, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'arrêt ATF 126 V 288 (ATF 133 V 549 consid. 6). En l'occurrence, dans la mesure où le recourant, en se référant à l'arrêt ATF 126 V 288, laisse entendre que l'assurance-invalidité est liée, en principe, par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents et qu'il n'existerait aucun motif de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail faite par la SUVA, son argumentation n'est pas pertinente (cf. pour un cas similaire : arrêt du Tribunal fédéral 9C_529/2010 du 24 janvier 2011 consid. 3.3). Elle l'est d'autant moins que la SUVA a mis un terme à la prise en charge des divers accidents du recourant, par décision entrée en force du 9 octobre 2017 qui est bien postérieure à la décision litigieuse. De plus, les conclusions du rapport d'expertise du Dr G_____, sur lesquelles elle se base, font état de troubles antérieurs aux divers accidents, plus précisément d'arthrose aux chevilles et aux genoux dans un contexte de surpoids, de pieds plats, d'antécédents d'entorses et de fracture du calcanéum, ainsi que d'une gonarthrose droite qui se poursuit inexorablement depuis 2007 en raison d'un varus et d'un surpoids important. Or, dans ladite expertise, au vu de ses conclusions quant à l'atteinte du statu quo sine six mois après tous les accidents litigieux, le Dr G_____ ne procède à aucun moment à l'évaluation de la capacité de travail du recourant, ni dans son activité antérieure, ni dans une activité adaptée, pas plus qu'il ne définit ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, la décision entrée en force de la SUVA et le rapport d'expertise sur lequel elle s'appuie ne traitent pas de la capacité de travail du recourant et de ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'ils n'ont aucune incidence sur le sort de la présente procédure et ne pouvaient pas dispenser l'intimé de procéder à sa propre évaluation du degré d'invalidité du recourant. c. Quant à l'avis du SMR du 14 juillet 2014 invoqué par le recourant, il ne s'agit nullement d'un rapport du SMR, mais d'une demande d'avis SMR faite par le gestionnaire de l'intimé qui s'interrogeait sur la nécessité de procéder à une telle expertise.

A/598/2016 - 16/19 - Aussi y a-t-il lieu d'examiner la valeur probante des rapports médicaux sur lesquelles l'intimé se base pour établir la capacité de travail du recourant et ses limitations fonctionnelles dans une activité adaptée.

E. 8

septembre 2014, consécutif à son examen du 27 août 2014, qui a eu lieu deux ans et demi avant l'émission de la décision de l'intimé. Or, cette évaluation ne concerne que les troubles du genou droit, puisque le médecin d'arrondissement considère que les entorses de la cheville gauche avaient cessé leurs effets délétères au plus tard à la date de l'examen. Par la suite, selon le rapport du Dr E_____ du 29 octobre 2015, l'arthrose des deux genoux a évolué défavorablement avec la présence d'un pincement articulaire important en interne à gauche et plus marqué en interne à droite. Cette conclusion est confirmée par le rapport d'expertise du Dr G_____, qui relève que la gonarthrose bilatérale se poursuit inexorablement en raison d'un varus et surtout d'une importante surcharge pondérale et qu'on peut se demander s'il y a réellement eu des entorses et s'il ne s'agit pas plutôt simplement de décompensation subite douloureuse classique en cas d'arthrose du genou chez une personne présentant une obésité pathologique. Dans son rapport du 23 octobre 2017, le Dr F_____ fait également état d'une aggravation progressive des troubles des chevilles et des genoux. Il précise que l'évolution après les ostéotomies de valgisation s'est

faite vers une gonarthrose bilatérale très sévère à droite avec un pincement complet de l'interligne fémoro-tibial interne et une arthrose bilatérale des chevilles avec pincement tibio-astragalien externe plus marqué à droite. Par conséquent, au vu de l'aggravation progressive de l'état de santé du recourant, qui touche tant les genoux que les chevilles, l'évaluation du Dr D_____ du 8 septembre 2014 n'est plus d'actualité et ne peut en aucun cas permettre une évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles tenant compte de toutes ses atteintes à la santé dès lors qu'elle se limite à examiner les effets de l'atteinte au genou droit à fin août 2014. L'avis du SMR du 17 août 2015 sur lequel l'intimé s'est basé pour étayer la décision litigieuse retient une capacité de travail nulle dans toute activité, du 27 février 2012 au 7 septembre 2014, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 8 septembre 2014, soit dès la date du rapport d'examen du Dr D_____. Pour les mêmes motifs que ceux mentionnés concernant celui-ci, il ne peut en aucun cas permettre à l'intimé de statuer en toute connaissance de cause sur l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'à l'émission de la décision litigieuse, respectivement sur sa capacité de travail exigible et ses limitations fonctionnelles. Quant à l'avis du SMR du 10 avril 2018, il considère que le rapport d'expertise du Dr G_____ confirme les évaluations précédentes, à savoir que les accidents survenus en 2012 et 2014 n'ont pas eu de conséquences durables, que la capacité de travail n'a été que très temporairement affectée tout au plus pendant six mois après chaque accident, que les traumatismes n'ont pas entraîné de nouvelles lésions A/598/2016 - 17/19 - osseuses et que, dès lors, l'aggravation n'a été que subjective. Il estime également que dans son rapport du 23 octobre 2017, le Dr F_____ fait état d'une possible aggravation de l'état de santé du recourant sans toutefois fournir d'éléments médicaux objectifs, de sorte que les signes d'une éventuelle aggravation ne sont que subjectifs. Contrairement à ce que soutient le SMR, le rapport d'expertise du Dr G_____ ne conclut nullement à une aggravation subjective des troubles du recourant. Au contraire, il compare les différents examens radiologiques et observe qu'ils objectivent une aggravation de la gonalgie bilatérale qui se poursuit inexorablement en raison d'un varus et surtout d'une importante surcharge pondérale. De plus, il ne se prononce nullement sur la capacité de travail du recourant, mais sur le lien de causalité naturelle entre les troubles du recourant et les divers traumatismes, qu'il estime éteint six mois après chaque traumatisme. Quant au rapport du Dr F_____ du 23 octobre 2017, il diagnostique une gonarthrose bilatérale très sévère à droite avec un pincement complet de l'interligne fémoro-tibial interne et une arthrose bilatérale des chevilles avec pincement tibio-astragalien externe plus marqué à droite, en se référant précisément à des signes objectifs ressortant des divers examens radiologiques. Par conséquent, l'avis du SMR du 10 avril 2018 ne tient pas compte des éléments objectifs du dossier, mais se base sur une appréciation subjective qui n'a aucune valeur probante. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du recourant tenant compte de tous les troubles dont il souffre, seul le rapport du Dr E_____ du 12 février 2016 se prononce à ce sujet. Il conclut à une incapacité de travail entière jusqu'au 23 octobre 2015 et éventuellement à une capacité de travail de 50 % dès cette date. Il précise également que le recourant n'a pas retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 8 septembre 2014. Toutefois, cette évaluation n'est pas motivée, de sorte qu'elle n'a pas de valeur probante. Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du Dr F_____ ne conclut nullement à une incapacité de travail de 100 % mais fait état d'une invalidation progressive justifiant une révision du taux d'invalidité, sans se prononcer plus précisément sur sa capacité de travail. Par conséquent, faute de précision sur cette

question, il ne permet pas davantage d'apprécier la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 9

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

A/598/2016 - 18/19 - 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). En l'espèce, au vu de l'absence de valeur probante des rapports du SMR et des chirurgiens-orthopédistes, ainsi que du rapport du D_____, l'intimé aurait dû procéder à l'instruction médicale du cas, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que son instruction de l'état de fait est lacunaire, voire inexistante. Faute de toute instruction sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant, ainsi que sur l'évolution de son état de santé, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

E. 10

Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours, d'annuler la décision du 20 janvier 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que depuis le 1er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. * * * * *

A/598/2016 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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