

GE_GERICHTE ATAS/973/2018 vom 26. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_973_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/973/2018 du 26 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/973/2018 del 26 ottobre 2018

Erwägungen

E. 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 1er 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.

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).

E. 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).

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, singulièrement sur le point de savoir si l'intimé est fondé à refuser l'octroi de toutes prestations d'invalidité.

E. 5

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 1er janvier 2008).

E. 6

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme

A/3724/2017 - 9/16 - 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. 7

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 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

A/3724/2017 - 10/16 - 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. 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

A/3724/2017 - 11/16 - 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).

E. 10

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

A/3724/2017 - 12/16 - 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).

E. 11

En l'espèce, il ressort du dossier médical que le recourant présente plusieurs atteintes à la santé. a) Sur le plan ophtalmologique, il a subi une perte totale de la vision de l'œil droit suite à deux accidents et leurs suites opératoires et qu'il présente une vision abaissée de

l'œil gauche. L'incapacité de travail de 100% depuis le 1er octobre 2009 dans l'activité habituelle d'ouvrier du bâtiment n'est pas contestée. Dans une activité adaptée, la Dresse D_____, médecin traitant, estimait la capacité de travail à 50%, mais après une réinsertion professionnelle (rapport du 31 mars 2010), puis en septembre 2010, elle indiquait que l'état de santé s'était aggravé sur le plan ophtalmologique. Le Dr F_____, qui ne pouvait se prononcer le 28 mai 2010 sur la capacité de travail dans une activité sédentaire, préconisait quant à lui une expertise et précisait que le recourant ne pouvait pas conduire de véhicule. Dans leur rapport d'expertise ophtalmologique du 4 mai 2011, les experts ont indiqué que le recourant avait subi un traumatisme de l'œil droit en 1985, puis un deuxième en 2006, avec mise en place d'un tube Express. Le recourant se plaignait de flou visuel, de loin comme de près, de photophobie, de vertige dans les espaces agglomérés et de céphalée quasi-quotidienne. Au status clinique, l'examen du champ visuel par confrontation a mis en évidence pour l'œil droit une perception des mouvements de la main seulement au centre, et pour l'œil gauche, le comptage des doigts dans les quatre quadrants. L'examen visuel de Goldmann et Octopus s'est révélé impossible pour l'œil droit et a montré pour l'œil gauche des déficits non organiques, une perte globale de la sensibilité et des déficits périphériques concentriques. Les experts ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail une cécité légale de l'œil droit et, sans répercussion sur la capacité de travail, pour l'œil droit, un status postcontusion oculaire avec cataracte traumatique et désorganisation du segment antérieur, une pseudophakie, un status postcapsulotomie laser et un status post chirurgie filtrante ; pour l'œil gauche, un syndrome de dispersion pigmentaire. Dans l'appréciation du cas, les experts ont relevé que la cécité légale de l'œil droit était à présent irréversible. Le patient était réadressé à son ophtalmologue traitant pour adapter le traitement afin de prévenir des pertes supplémentaires des fibres nerveuses du nerf optique. Pour l'œil gauche, il était noté une baisse d'acuité visuelle et une composante non organique ; une surveillance périodique était recommandée, afin de dépister le développement d'un

A/3724/2017 - 13/16 - glaucome pigmentaire. Concernant la capacité de travail, les experts attestaient une incapacité de travail de 100% depuis le courant de l'année 2009 dans l'activité de maçon, qui n'était plus exigible ; l'assuré ne pouvait pas exécuter des activités impliquant une vision stéréoscopique (travail sur un terrain accidenté, sur des échelles, des échafaudages ou avec des machines tournant à haute vitesse). En revanche, dans une activité adaptée, les experts estimaient que l'assuré pouvait travailler à 100%, avec un rendement possible de 100% pour autant que l'activité soit adaptée au status monoculaire, étant précisé que l'assuré ne peut pas exercer des activités qui nécessitent un effort visuel important et soutenu ou une vision stéréoscopique. La chambre de céans constate toutefois que les experts, ne connaissant pas la nouvelle activité, ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas se prononcer dans quelle mesure l'activité adaptée pouvait être exercée (par ex. le nombre d'heures par jour) ni sur la diminution de rendement. De même, si une activité de bureau a été envisagée, on ignore si le recourant peut travailler sur un ordinateur. b) Sur le plan physique, la Dresse D_____ indique dans son rapport du 31 mai 2013 que le recourant souffre d'une bronchectasie importante. La capacité de travail est nulle. c) Enfin, le recourant a été suivi sur le plan psychiatrique depuis 2011. Dans son rapport du 23 juillet 2013, la Dresse J_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Une importante péjoration de l'humeur a été observée par le médecin traitant depuis la fin de l'année 2011, début de l'année 2012, avec la perte de plaisir dans ses loisirs et le manque d'investissement du patient dans la vie de sa famille. Malgré une certaine fidélité aux soins, l'évolution psychique est instable, avec deux

rechutes dépressives pendant l'année 2012, chaque fois en lien avec des investigations laborieuses au niveau de l'oeil. Il a bénéficié d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique, ainsi que d'un traitement médicamenteux psychotrope. La psychiatre note que le patient se sent dépassé triste, désespéré et épuisé par les maladies. Le sommeil est superficiel. La psychiatre, prenant note des limitations fonctionnelles psychiques et des complications observées sur le plan somatique en général, émet un pronostic plutôt défavorable en ce qui concerne les capacités de l'assuré d'initier une activité structurée sur la durée et d'être endurant au travail. Cependant, vu le jeune âge du patient, il pourrait bénéficier d'un accompagnement plus poussé dans l'évaluation de ses compétences pour reprendre une activité structurante. Selon la psychiatre, l'incapacité de travail est de 100% depuis 2010. Elle ne pouvait définir avec certitude la date d'une possible reprise de l'activité professionnelle. A la requête de l'intimé, le Dr P_____ a procédé à l'expertise psychiatrique du recourant. Dans son rapport du 21 juillet 2016, l'expert retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur récurrent, actuellement en rémission, et une éventuelle dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail. Le recourant ne présente A/3724/2017 - 14/16 - pas d'humeur dépressive marquée, d'anhédonie, ni d'aboulie et de fatigabilité majeure. On relève une certaine irritabilité, des troubles du sommeil, mais l'appétit est normal. Selon l'expert, l'assuré se montre d'emblée assez agressif avec la secrétaire. Il est très peu collaborant, le contact visuel est très mauvais. L'assuré adopte une attitude très défensive, ne donnant qu'avec réticence quelques renseignements, souvent fous, incertains. Le manque de collaboration de l'assuré ne s'inscrit pas dans une pathologie psychique. L'observance au traitement est annoncée comme mauvaise, l'assuré n'a plus consulté depuis longtemps son médecin psychiatre. Concernant la capacité de travail attestée par la psychiatre depuis 2010, l'expert relève qu'elle ne le suivait que depuis février 2012. Si l'on peut admettre une éventuelle incapacité de travail pour des motifs psychiques difficiles à attester rétrospectivement dès février 2012, l'expert estime qu'il est difficile de la prolonger au-delà de fin 2012, quand on sait que l'assuré a effectué des démarches avec son épouse à cette époque pour pratiquer des FIV. En définitive, il n'y a aucune incapacité de travail ni baisse de rendement dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques depuis début 2013. L'expert note dans son rapport avoir demandé à deux reprises des renseignements à la Dresse Q_____ qui n'a pas donné suite à ses courriers. L'expert a toutefois communiqué le 28 juillet 2016 le rapport que lui avait adressé la psychiatre le 26 février 2016, indiquant qu'il n'amenait pas d'éléments complémentaires permettant de modifier son appréciation.

E. 12

En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives sur les atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur sa capacité de travail. En effet, sur le plan ophtalmologique, la situation s'est apparemment aggravée depuis l'expertise de 2011. Le Dr R_____, du Centre ophtalmologique, indique dans son rapport du 10 juin 2013 à l'attention du Dr F_____, que l'acuité visuelle de l'œil gauche qui était de 1,0 sans correction en 2010 a chuté lors du dernier contrôle à 0,4, malgré une correction optique optimale. Les différents examens pratiqués montrent une acuité visuelle oscillant entre 0,4 et 1,0, malgré une correction optique inchangée. Il existe une atteinte campimétrique de l'œil gauche de type concentrique pouvant être parfaitement liée à un déficit attentionnel ou de la concentration. Le Dr R_____ ajoutait que si l'examen neuro-ophtalmologique devait se péjorer, un examen neuro-radiologique pourrait être

intéressant, afin de compléter le dossier du patient, ceci d'autant plus dans le cadre d'une atteinte pulmonaire. Il ne connaissait pas l'importance sur le plan médical. La chambre de céans relève encore que le Dr N_____ note dans un certificat médical du 23 mai 2014 à l'attention des EPI avoir examiné l'assuré et mesuré une activité visuelle de l'œil gauche après correction de 0,3, impossible cependant à objectiver, au vu du manque de collaboration et de compliance de l'assuré lors de l'examen. Les médecins ophtalmologues ne se sont toutefois pas prononcés sur la capacité de travail du recourant.

A/3724/2017 - 15/16 - D'autre part, sur le plan psychiatrique, on relève une discordance entre les conclusions de l'expert et celles du psychiatre traitant, notamment quant au diagnostic et à ses répercussions sur la capacité de travail du recourant. Les motifs avancés par l'expert quant à l'appréciation rétrospective de la capacité de travail du recourant n'emportent pas la conviction. La psychiatre évoque une personnalité anxieuse, brutalement et totalement déstabilisée par l'accident qui a provoqué une baisse de l'acuité visuelle et estime que le recourant ne dispose pas des moyens pour remonter la pente. L'expert considère en substance que le recourant a effectué des démarches pour des FIV, de sorte que sa capacité de travail n'en a pas été affectée. Enfin, le recourant présente d'autres atteintes à la santé, notamment sur le plan pulmonaire. Cet aspect n'a pas été investigué, on ignore quels ont été les résultats du traitement prescrit par le pneumologue, quelle a été l'évolution de la maladie et si cette atteinte entraîne des limitations ou non. Par ailleurs, on comprend mal pour quelles raisons l'expertise pluridisciplinaire préconisée semble-t-il par le SMR en octobre 2014 n'a pas été mise en œuvre, ni pourquoi ledit avis ne figure pas au dossier sous la forme écrite. Or, une telle expertise apparaissait pertinente, compte tenu de l'imbrication des atteintes à la santé présentées par le recourant. Une appréciation globale de la situation médicale du recourant s'imposait. Force est de constater que le grief d'une instruction lacunaire effectuée par l'intimé est bien fondé.

E. 13

Au vu de ce qui précède et de l'aggravation survenue notamment sur le plan ophtalmologique depuis l'expertise de 2011, la chambre de céans admet le recours et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, sous forme de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. Il incombera aux experts notamment de se déterminer sur l'ensemble des atteintes à la santé présentées par le recourant, de décrire les limitations fonctionnelles, le type d'activité adaptée entrant en considération, l'éventuelle diminution de rendement et, en consilium, de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant. Les experts devront motiver leur appréciation et indiquer en particulier pour quelles raisons ils s'écartent éventuellement des diagnostics et conclusions des experts et médecins traitants.

E. 14

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- 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]). Etant 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/3724/2017 - 16/16 - 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.