

GE_GERICHTE A/2915/2024 vom 5. Mai 2025

GE Cour de justice, 2025-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2915_2024

FR: GE_GERICHTE A/2915/2024 du 5 mai 2025

IT: GE_GERICHTE A/2915/2024 del 5 maggio 2025

Erwägungen

E. 1.1

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), 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. 1.2

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. 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, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, et plus particulièrement sur la valeur probante du rapport du Dr C_____ et l'instruction menée par l'office intimé.

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

E. 3.2

En l'espèce, le recourant a déposé sa septième demande de prestations le 14 juin 2021, de sorte que son éventuel droit à une rente naîtrait le 1^{er} décembre 2021 au plus tôt. Cette date étant antérieure au changement de loi, l'ancien droit reste applicable.

E. 4.1

À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, b) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à

40% au moins. 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. Enfin, selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

E. 4.2

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, mentale ou psychique 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^{er} janvier 2008). 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. 28 al. 2 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 5.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes, d'une part, et du potentiel de compensation (ressources), d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

E. 5.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

E. 5.3

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.

E. 5.3.1

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 bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.3.2

Selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

E. 6.1

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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 6.2

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 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).

E. 7.1

En l'espèce, sur la base des conclusions rendues le 28 mars 2024 par le Dr C_____, médecin mandaté pour expertise, et de l'avis de son SMR, non daté mais vraisemblablement établi aux alentours des 7 ou 8 avril 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 14 juin 2021, retenant en substance une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. Pour sa part, le recourant conteste, à tout le moins implicitement, la valeur probante du rapport du Dr C_____ du 28 mars 2024, critiquant le fait que celui-ci ait retenu une capacité de travail entière sans diminution de rendement, alors que les affections en lien avec ses genoux, ses chevilles, son dos (lombalgies) et sa fesse gauche entraînent une péjoration de sa production, y compris dans une activité sédentaire. Il explique en outre qu'en raison de son atteinte à la fesse gauche, il lui était difficile de rester assis, ce qui était peu compatible avec l'activité sédentaire retenue par l'expert. En tous les cas, pour le recourant, l'impossibilité de rester tant debout qu'assis ne permettait pas, d'emblée de retenir une capacité de travail entière sans diminution de rendement. Il était par conséquent d'avis que l'OAI avait procédé à une instruction lacunaire de son dossier sur le plan orthopédique. Il en allait de même sur le plan cognitif. En effet, ses capacités cognitives n'avaient jamais fait l'objet d'une mesure d'instruction. Or, les nombreux accidents avaient de quoi interloquer. S'y ajoutait le fait qu'il répondait souvent à côté des questions et qu'il n'était pas toujours cohérent dans ses propos, ce qui posait la question de l'existence d'une oligophrénie ou d'une affection similaire. C'est donc la valeur probante du rapport du 28 mars 2024 qu'il convient d'examiner dans un premier temps.

E. 7.2

À cet égard, force est de constater que sur le plan formel, le rapport du Dr C_____ du 28 mars 2024 répond aux requis juridiques en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions du Dr C_____, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et motivées.

E. 7.2.1

Sur le fond, le Dr C_____ a, tout d'abord, décrit les plaintes du recourant, lesquelles étaient les suivantes : - troisième doigt de la main gauche : le recourant était gêné par la raideur du majeur de sa main gauche et par des douleurs s'il heurtait le doigt ; - genou droit : le recourant avait un périmètre de marche, à plat, de cinq à dix minutes et des douleurs toutes les heures ou toutes les deux heures. Le genou droit était parfois tuméfié. Le recourant décrivait également des lâchages et des blocages. Enfin, il présentait des douleurs lorsqu'il marchait en terrain irrégulier ou lorsqu'il montait ou descendait des pentes ou des escaliers ; - genou gauche : le recourant présentait des douleurs lorsqu'il descendait des escaliers ; - fesse gauche : le recourant avait des douleurs lorsqu'il était assis ; - cheville droite : le recourant décrivait des douleurs lorsqu'il marchait à plat pendant plus de dix minutes et lorsqu'il montait les escaliers ou des pentes ; - cheville gauche : le recourant faisait état de douleurs persistantes, surtout lorsqu'il était en position assise ; - colonne lombaire : le recourant décrivait des douleurs lombaires lorsqu'il marchait à plat ou lorsqu'il se penchait en avant. Après avoir procédé à un examen clinique du recourant et étudié les pièces du dossier, l'expert a retenu, en lien avec les plaintes du recourant, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de : 1. gonarthrose bilatérale, plus marquée à droite qu'à gauche, avec : - status après traumatisme du genou droit avec fracture ostéochondrale postérieure et postéro-latérale du plateau tibial externe avec enfoncement de 4 mm, et rupture du ligament croisé antérieur (21 juin 2010) ; - status après arthroscopie du genou droit, avec résection du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe, résection de plica parapatellaire interne et résection d'un lambeau de Hoffa (9 janvier 2013) ; - status après arthroscopie du genou droit, avec résection de flaps cartilagineux instables, chondroplastie des trois compartiments, dénervation de la rotule, résection du bord libre de la partie moyenne et de la corne antérieure du ménisque externe, résection du processus fibrocicatriciel post-résection de plica parapatellaire, ablation de corps libres cartilagineux et synovectomie étendue (19 mai 2021) ; - status après arthroscopie du genou droit, avec résection de flaps cartilagineux instables, chondroplastie tricompartmentale, reprise de dénervation de la rotule, réinsertion et suture de la corne postérieure du ménisque interne, résection de lésion du ménisque externe, résection de processus fibrocicatriciel post-résection de plica, ablation de corps libres intra-articulaires cartilagineux et synovectomie étendue (31 mai 2023) ; - discrète chondropathie fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire du genou gauche (IRM du 14 septembre 2022) ; 2. status après arthrodèse interphalangienne proximale (IPP) du majeur gauche (2007) ; 3. douleurs persistantes à la cheville droite, avec - status après plastie du ligament latérale externe (LLE) selon Broström, modifiée, résection d'une impingement et synovectomie (4 novembre 2015) ; 4. douleurs persistantes à la cheville gauche, avec - status après possible entorse bénigne du LLE (22 décembre 2020) ; 5. status après fasciite nécrosante à la fesse gauche, traitée par débridements multiples et greffe de peau (28 juillet 2022) ; 6. lombalgies non déficitaires - discrètes discopathies dégénératives L2-L3, L4-L5 et L5-S1, sans hernie discale (CT lombaire du 15 mars 2018) ; Le Dr C_____ a également relevé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de : 1. obésité avec BMI à 27.0, 2. tabagisme chronique, 3. status après traumatisme dentaire (2010), 4. status après fracture des os propres du nez (2010). En raison de ces atteintes, l'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position à genoux ou accroupie, pas de montée ou descente à répétition d'escaliers et d'échelles, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'activité en

position penchée en avant ou en porte-à-faux. Selon l'expert, depuis 2010, l'assuré était apte à exercer uniquement un métier parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles. La capacité de travail dans l'activité habituelle de monteur électricien était nulle depuis le 22 décembre 2020. Cela étant, dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail était entière à compter du 19 mai 2021. Par ailleurs, la capacité de travail de l'assurée avait été nulle pendant deux mois dans une activité adaptée à compter du 27 juillet 2022. Il en allait de même durant un mois après l'arthroscopie du 31 mai 2023.

E. 7.2.2

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Force est de constater, avec le recourant, que le médecin mandaté pour expertise par l'OAI n'a pas effectué d'examen clinique de la fesse gauche alors qu'il a ensuite évoqué, à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, celui de status après fasciite nécrosante à la fesse gauche, traitée par débridements multiples et greffe de peau (28 juillet 2022), tout en ne retenant finalement aucune limitation fonctionnelle, incapacité de travail ou diminution de rendement en lien avec cette atteinte. De toute évidence, il existe une contradiction s'agissant de ce diagnostic. En effet, il paraît paradoxal qu'un diagnostic soit considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail alors qu'il est retenu qu'en fin de compte, il n'entraîne ni limitations fonctionnelles, ni diminution de rendement ou encore d'incapacité de travail. Dès lors qu'il est muet sur les conséquences de l'atteinte à la fesse, le rapport du Dr C_____ doit être qualifié d'incomplet sur cette question. Cela étant, on doit se demander si l'expert dispose de la bonne spécialisation pour se prononcer sur les suites de la fasciite nécrosante. En effet, ce médecin est spécialisé en chirurgie orthopédique alors que le traitement de la fasciite fessière a été effectué par un spécialiste en chirurgie viscérale puis par un spécialiste en chirurgie plastique (cf. lettre de sortie des soins aigus, service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG], du 29 août 2022 et rapport initial LAA établi le 5 décembre 2022 par la docteure D_____, cheffe de clinique au service de chirurgie viscérale des HUG). Ce sont d'ailleurs ces spécialistes qui ont attesté d'une incapacité de travail, à tout le moins jusqu'au 16 janvier 2023 (cf. rapport initial LAA du 5 décembre 2022 et certificat médical du 18 août 2022 ; certificat médical établi le 5 décembre 2022 par la docteure E_____, médecin interne au service de chirurgie plastique). Quoi qu'il en soit, la chambre de céans ne peut, en l'état, se prononcer sur la question de la capacité de travail du recourant et, partant, sur la validité de la décision querellée de l'OAI, le rapport du Dr C_____ étant muet s'agissant de la fasciite nécrosante. En effet, soit le Dr C_____ disposait de la bonne spécialisation pour se prononcer sur les répercussions de la fasciite nécrosante sur la capacité de travail et, dans un tel cas, son rapport d'expertise est lacunaire en tant qu'il ne comporte aucune conclusion sur cette question, soit la fasciite nécrosante relevait d'une autre spécialité et il revenait à l'OAI d'investiguer cette atteinte et ses conséquences en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. Dans tous les cas, il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI, celui-ci étant invité, tout d'abord, à se rapprocher des spécialistes en chirurgie viscérale et plastique ayant suivi l'assuré pour

connaître l'évolution de l'atteinte à la fesse gauche ainsi que de ses conséquences sur la capacité de travail et en termes d'éventuelles limitations fonctionnelles, pour ensuite, le cas échéant, si cela devait s'imposer en fonction des réponses apportées, mener une instruction médicale complémentaire, en déterminant préalablement le spécialiste compétent pour se prononcer sur la fasciite nécrosante et ses conséquences (complément d'expertise auprès du Dr C_____ ou mandat pour expertise confié à un médecin disposant de la bonne spécialisation). Ce n'est que quand l'instruction complémentaire nécessaire aura été réalisée et que l'instruction pourra être considérée comme complète que la valeur probante des différents rapports au dossier pourra être examinée.

E. 7.3

Dans son opposition au projet de décision, du 2 juillet 2024, puis dans son recours du 10 septembre 2024 et dans sa réplique du 30 octobre 2024, le recourant a également conclu à la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique, considérant qu'au vu de ses capacités cognitives, il n'était pas impossible qu'il souffre d'oligophrénie, ce qui pouvait entraîner des répercussions sur sa capacité de travail. La chambre de céans ne saurait toutefois suivre le recourant sur ce point. En effet, en l'absence d'avis médicaux dans ce sens, il s'agit de simples suppositions. Le fait que le recourant réponde à côté des questions et qu'il ne soit pas toujours cohérent dans ses propos n'est pas suffisant pour rendre vraisemblable une atteinte neuropsychologique, ce d'autant moins que les différents médecins ont également expliqué que les capacités du recourant dépendaient de son intérêt pour l'activité en question (cf. rapport du 1^{er} décembre 2021 de la phase initiale concernant le séjour du 17 au 25 novembre 2021 aux ateliers professionnels de la CRR). Il en va de même des nombreux accidents qui, en l'absence de données médicales en faveur d'une atteinte neuropsychologique, ne permettent pas de conclure que le recourant souffrirait d'une telle atteinte. Partant, en l'absence de toute pièce médicale plaidant en faveur d'une atteinte neuropsychologique, il n'y a pas lieu de mener une expertise dans ce domaine.

E. 7.4

Vu le renvoi de la cause à l'office intimé, la chambre de céans renonce à ordonner les mesures d'instruction sollicitées par le recourant, à savoir la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, rhumatologique et neuropsychologique et la mise en place de mesures d'observation judiciaire.

E. 8

Enfin, le recourant considère qu'au vu des nombreuses limitations fonctionnelles et de son atteinte neuropsychologique, seule une activité dans un emploi protégé est envisageable, de sorte qu'une rente entière doit lui être versée pour ce motif déjà. Subsidiairement, il critique le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI. Dès lors que la nature de l'activité adaptée et, partant, le calcul du degré d'invalidité dépendent des résultats de l'instruction complémentaire que l'OAI doit encore effectuer, l'examen des critiques en lien avec la comparaison des revenus est prématuré.

E. 9

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée du 12 juillet 2024 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur cette question et nouvelle décision. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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 la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.