

# **VD\_GERICHTE ZD23.050073 vom 11. Juli 2024**

VD Tribunal cantonal, 2024-07-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.050073](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.050073)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.050073 du 11 juillet 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD23.050073 del 11 luglio 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2021.

### **E. 3**

a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. b) En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, elle fait suite à une demande de prestations déposée en 2016 concernant une atteinte à la santé durable ayant débuté en novembre 2015, de sorte que le droit au versement de la rente existe en novembre 2016 (art. 29 LAI), ce qui ressort de la décision attaquée qui

- 16 - octroie une rente entière d'invalidité au recourant du 1er novembre 2016 au 31 mars 2021. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

### **E. 4**

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou

d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique – comme en l'espèce –, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est

- 17 - la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV no 11 p. 35). d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré

- 18 - trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

## **E. 5**

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid.

### **E. 5.1**

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

- 19 - c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C\_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5). d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont 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'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1

- 20 - et les références citées ; TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

## **E. 6**

a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a été en incapacité de travail totale à partir du 30 novembre 2015 et que, dès le 1er novembre 2016, il a droit à une rente entière d'invalidité. En revanche, est litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a retenu qu'à compter du 3 décembre 2020, le recourant était capable de travailler à 80 % dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles (port de charges au-delà de 10 kg, marche prolongée, marche sur terrain irrégulier, montée et descente répétées d'escaliers, utilisation d'échelle, activités accroupies ou à genoux, activités prolongées au-dessus de la tête, postures statiques prolongées, la position assise devait être privilégiée, avec la possibilité de se lever au moins une fois par heure) et que sur cette base, il a supprimé la rente du recourant à compter du 1er avril 2021. Pour arriver à ces conclusions, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'examen rhumatologique réalisé par le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR en mars 2022. Il convient dès lors d'examiner si ce rapport peut se voir accorder une pleine valeur probante. b) En date du 8 mars 2022, le Dr Z. \_\_\_\_\_ s'est entretenu avec le recourant et a procédé à son examen clinique durant plusieurs heures. Sur la base de ses constatations, il a dressé le status médical de l'intéressé qui figure dans son rapport du 16 mars 2022. Dans ce rapport, le médecin liste et résume les pièces médicales au dossier, dresse l'anamnèse du recourant, expose sa journée-type et pose des diagnostics. Les diagnostics incapacitants retenus de douleurs persistantes du genou droit dans les suites d'un changement de prothèse totale du genou le 26 novembre 2019 pour une prothèse totale du genou semi-contrainte, de status post implantation d'une prothèse totale d'épaule droite le 22 mars 2016 pour une omarthrose et arthrose acromioclaviculaire, de coxarthrose

- 21 - gauche et de discopathies cervicales prédominant en C5-C6 et uncarthrose C6-C7 n'apparaissent pas critiquables. En effet, ces pathologies ressortent de plusieurs rapports médicaux au dossier (pour les gonalgies suivant le changement de prothèse, cf. notamment rapports de la P. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2020, du Dr V. \_\_\_\_\_ des 3 décembre 2020 et 6 décembre 2021, du Dr J. \_\_\_\_\_ du 21 avril 2021, du Dr X. \_\_\_\_\_ des 13 octobre 2021 et 3 octobre 2023 et du Dr C. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2022 ; pour le status post implantation d'une prothèse à l'épaule droite, cf. rapports du Dr Q. \_\_\_\_\_ des 23 septembre et 17 novembre 2016, du médecin d'arrondissement de la CNA du 1er septembre 2017, de la P. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2017, du Dr C. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2022 et du Dr X. \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2023 ; pour les cervicalgies, cf. rapports du Dr R. \_\_\_\_\_ du 4

octobre 2021 et du Dr X. \_\_\_\_\_ des 13 octobre et 23 novembre 2021 et du 3 octobre 2023). D'ailleurs, dans son mémoire de recours, le recourant indique expressément ne pas remettre en cause les diagnostics retenus. Sur les points qui précèdent le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ ne prête dès lors pas flanc à la critique. c) La situation est en revanche différente s'agissant de l'impact des diagnostics posés sur la capacité de travail du recourant. Dans son rapport du 16 mars 2022, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a exposé qu'à partir du 3 décembre 2020, la situation médicale du recourant était stabilisée et que les limitations fonctionnelles dont il souffrait en lien avec les diagnostics retenus lui permettait de travailler à 80 %, ce taux prenant en compte une baisse de rendement liée aux multiples atteintes ostéoarticulaires mises en évidence. Le médecin précité a retenu la date du 3 décembre 2020, car, dans un rapport établi à cette date, le Dr V. \_\_\_\_\_ a mentionné une évolution globalement satisfaisante du genou droit de l'assuré. Or, on ne saurait déduire de ce rapport médical que la situation médicale du recourant était stabilisée, ni qu'il était capable de travail à 80 % dans une activité adaptée, le Dr V. \_\_\_\_\_ ayant attesté ce jour-là que l'assuré était toujours en incapacité totale de travailler. En outre, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que la situation du recourant était stabilisée seulement le 21 avril

- 22 - 2021, étant rappelé que, pour l'assurance-accident, seule était pertinente l'atteinte au genou droit (cf. rapport médical du même jour). On ne comprend donc pas comment le Dr Z. \_\_\_\_\_ peut retenir que, près de six mois avant, l'état de santé global du recourant, à tous les points de vue, était stabilisé, ce qu'il n'explique au demeurant pas. On relève encore que le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin de l'assurance-maladie, a estimé que l'état de santé du recourant n'était toujours pas stabilisé en juin 2022 et ne le serait pas avant le 1er septembre 2022, de sorte qu'il n'était alors pas possible de déterminer les limitations fonctionnelles pour une reprise du travail adaptée (cf. rapport du 9 juin 2022). Ce point de vue rejoint celui du Dr X. \_\_\_\_\_ qui estime que le recourant est en incapacité de travail totale depuis 2015 et qu'il n'est toujours pas apte à reprendre une activité professionnelle (cf., entre autres, rapports des 13 octobre 2021 et 2 et 3 octobre 2023). Or, le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne discute pas les points de vue des autres médecins – tous divergents au sien –, se contentant de donner son propre avis médical, de sorte que ses conclusions n'emportent pas conviction, étant rappelé qu'en présence d'un rapport d'un médecin d'assurance, sans expertise externe au dossier, un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations suffit à le remettre en cause. d) En outre, le Dr V. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 3 décembre 2020 et 6 décembre 2021, a relevé que les troubles de l'équilibre à la marche dont souffrait le recourant était possiblement d'ordre neurologique. Or, le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a pas discuté ce point qui n'a au demeurant pas été investigué par l'OAI. Il en va de même du possible canal cervical étroit constitutionnel mentionné par les Drs R. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 4 octobre 2021) et X. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 13 octobre 2021). e) Il découle de ce qui précède que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire.

## **E. 7**

a) 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

- 23 - prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF

8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 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 (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV no 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., nos 12 et 17 ad art. 43 LPG). c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). d) En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, quoi qu'en dise le recourant. En effet, l'OAI n'a pas correctement investigué l'état de santé du recourant sous l'angle rhumatologique et orthopédique et n'a pas du tout instruit le dossier du point de vue neurologique, de sorte qu'il n'appartient pas à la Cour de céans d'instruire et trancher cette

- 24 - dernière problématique, dans la mesure où elle n'a jusqu'à présent fait l'objet d'aucun éclaircissement. Dans ce contexte, il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire du recourant, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par ce dernier depuis novembre 2015, d'un point de vue rhumatologique, orthopédique et neurologique, afin d'avoir une appréciation médicale globale de l'évolution de l'état de santé du recourant. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité du recourant sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus.

## **E. 8**

a) Le recourant soutient encore que l'art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2024 serait applicable en l'espèce, ce qui devrait mener la Cour de céans à lui reconnaître sans délai le droit à un quart de rente depuis le début de l'année. Selon lui, l'application de l'abattement supplémentaire d'au moins 10 % prévu par cette disposition sur le revenu statistique retenu dans la décision attaquée aurait pour conséquence que son préjudice économique s'élèverait à 44.55 % en lieu et place des 38 % retenu par l'intimé, ce qui ouvrirait le droit à une rente. b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, sous réserve de motifs particuliers imposant exceptionnellement l'application immédiate du nouveau droit (ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 119 Ib 103 consid. 5). c) Le 18 octobre 2023, le Conseil fédéral a décidé de modifier l'art. 26bis al. 3 RAI avec effet au 1er janvier 2024 (RO 2023 635). Sa teneur est désormais la

suivante : « Une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec

- 25 - une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1bis, de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible ». Les dispositions transitoires en lien avec cette modification du RAI sont, quant à elles, formulées ainsi : « 1 Pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification. 2 Lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26bis, al. 3, pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement. » d) L'Office fédéral des assurances sociales a édicté le

#### **E. 9**

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle

- 27 - décision. La requête du recourant tendant à ce qu'il soit statué préalablement sur l'application de l'art. 26bis al. 3 RAI est sans objet. b) Vu l'issue du litige, à savoir une admission partielle du recours, celui-ci étant rejeté en tant qu'il porte sur l'application immédiate de l'art. 26bis al. 3 RAI, il convient de les répartir entre les parties, par moitié. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont dès lors mis à la charge du recourant par 300 fr. et à la charge de l'intimé par 300 francs. c) Le recourant obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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