

GE_GERICHTE ATAS/1034/2014 vom 30. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1034_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1034/2014 du 30 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1034/2014 del 30 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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.

b) La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Etant précisé que la décision qu'attaque le recourant a été rendue le 10 avril 2014 et reçue par ce dernier au plus tôt le 11 avril 2014 et que le délai de recours n'a pas couru du 7ème jour avant Pâques au 7ème jours après Pâques inclusivement (soit du 13 au 27 avril 2014 [art. 38 al. 4 et 60 al. 2 LPGA ; art. 89C LOJ]), le délai légal de recours de 30 jours à compter de sa notification (art. 60 al. 1 LPGA) arrivait à échéance le 26 mai 2014. Ayant été déposé par un pli recommandé du 12 mai 2014, le présent recours a donc été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il contient un exposé des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions du recourant, et satisfait ainsi aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Le recourant a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'AI auxquelles il estime avoir droit, car il est touché par cette décision et a un intérêt digne de protection à son annulation ou modification (art. 59 LPGA).

c) Le présent recours sera donc déclaré recevable.

A/1327/2014 - 13/20 -

E. 2

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre 2010 et 2014. Dans l'intervalle, la LAI a subi les modifications de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision] sont entrées en vigueur

respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et au regard du nouveau droit pour la période ayant débuté le 1er janvier 2012, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Aussi n'y a-t-il pas de différenciation à faire en l'espèce dans la détermination de l'invalidité de la recourante pour les périodes respectives de janvier 2008 à décembre 2012 et de janvier 2013 à mars 2014 (mois au cours duquel les décisions attaquées ont été rendues). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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

La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1er août 2013. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain

A/1327/2014 - 14/20 - ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

E. 4

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). 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-quart 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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). 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 LPG. 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 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

A/1327/2014 - 15/20 - 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).

E. 5

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 125 V 351 consid. 3). 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. Etant 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).

A/1327/2014 - 16/20 - Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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).

E. 6

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'en 2011, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant,

A/1327/2014 - 17/20 - un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 7

En l'occurrence, l'intimé a retenu, en se référant aux conclusions des Drs K_____ et L_____, médecins auprès du SMR, que les atteintes à la santé dont souffre le recourant ont entraîné une incapacité de travail totale du 5 juillet 2010 à avril 2013 et qu'à compter du mois de mai 2013, sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée, ce que conteste le recourant en se fondant sur les rapports du Dr F_____ et des Drs L_____, M_____ et N_____. Par rapport d'examen du 1er octobre 2013, les Drs K_____ et L_____ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail du recourant, des lombalgies et cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales C5-C6 et C6-C7 gauches, des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après capsulite rétractile et après contusion de l'articulation acromio-claviculaire droite et un syndrome rotulien droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, le recourant présentait un status après traumatisme de type mallet osseux de l'index droit, un status après arrachement osseux avec mallet tendineux de l'annulaire droit, un excès pondéral, une hypertension artérielle traitée, une hyperthyroïdie anamnétique traitée, des migraines anamnestiques et une autre modification durable de la personnalité (F62.8). Selon les examinateurs, les atteintes à la santé somatiques avaient entraîné une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 5 juillet 2010 au 4 juillet 2011. Dès cette date, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail avait existé dès juillet 2011; à compter du mois de mai 2013, date de l'introduction d'un traitement neuroleptique d'Entumine, le recourant avait recouvré une capacité de travail totale. A la lecture du rapport d'examen du SMR, la chambre de céans est d'avis que les conclusions des examinateurs ne permettent toutefois pas de déterminer si la capacité de travail du recourant s'est effectivement améliorée à compter du mois de mai 2013, et ce pour les raisons qui suivent. Sur le plan psychiatrique, on relèvera que les examinateurs ont écarté le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) posé par le Dr G_____ (rapport du 10 juillet 2011) et ont retenu celui d'autre modification durable de la personnalité (F62.8), sans qu'une motivation claire et détaillée ne soit donnée, de sorte que l'on peine à comprendre comment et sur quelle base ce diagnostic a été posé. Les examinateurs ont ainsi retenu que l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique s'était amélioré dès mai 2013, au motif, semble-t-il, qu'"actuellement l'assuré ne décrit pas la présence de cauchemars" (page 8 du rapport d'examen). Or, cela ne correspond pas aux explications fournies par le recourant aux

examineurs, puisqu'il ressort de l'anamnèse psychosociale et psychiatrique que le recourant

A/1327/2014 - 18/20 - présentait "parfois" des cauchemars (page 3 du rapport d'examen). En outre, il apparaît que les examineurs ont également retenu une amélioration dès le mois de mai 2013, en raison de l'introduction du traitement d'Entumine et du fait que le recourant a décrit une amélioration de la durée du sommeil. Or, on peine à comprendre l'appréciation des examineurs puisqu'il résulte de leur rapport qu'au moment de l'examen, la plainte principale du recourant concernait les troubles du sommeil et qu'un examen portant sur son sommeil était en outre agendé pour la semaine suivante (page 3 du rapport d'examen). Qui plus est, avant de rendre leurs conclusions, les examineurs n'ont ni cherché à prendre connaissance des résultats de l'examen du sommeil - alors qu'il aurait révélé un syndrome d'apnées du sommeil obstructives de degré sévère (rapport du Dr F_____ du 12 décembre 2013) - ni interrogé le Dr J_____, médecin en charge du suivi psychiatrique du recourant depuis environ une année. Sur le plan somatique, il apparaît également que les examineurs ont posé leurs diagnostics sans avoir pris connaissance au préalable de l'IRM lombaire effectuée le 24 octobre 2012 montrant une protrusion discale L5-S1 sans conflit radiculaire, une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, une sclérose de surcharge aux facettes articulaires postérieures sans rétrécissement canalaire et foraminaux (rapport des Drs L_____, M_____ et N_____ du 7 février 2014, page 2, 2ème paragraphe) et du rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMED du 21 décembre 2012 (mentionné dans la décision de l'assureur-accidents du 11 mars 2013, mais ne figurant pas dans le dossier versé par l'intimé à la présente procédure). Au vu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans est d'avis que le rapport d'examen du SMR du 1er octobre 2013 n'a pas la valeur probante suffisante requise par la jurisprudence. Par ailleurs, force est de constater que la situation médicale du recourant n'est, quoi qu'il en soit, pas claire. En effet, les diagnostics des examineurs divergent de ceux des Drs L_____, M_____ et N_____, puisque ceux-ci ont retenu suite à des examens effectués les 10 janvier et 5 février 2014, un syndrome de stress post-traumatique avec un état anxio-dépressif significatif, rendant indispensable la poursuite du suivi par un psychiatre, l'existence clinique de signes de tendinopathie du muscle sub-scapulaire droit de bursite sous-acromiale droite, des lombosciatalgies droites avec déficit sensitif et probables douleurs neurogènes du membre inférieur droit, une facéite plantaire droite ainsi qu'un déficit moteur et sensitif droit dans le territoire de C7. Qui plus est, il apparaît que certaines atteintes à la santé - soit les douleurs abdominales, les cervicalgies et les troubles à l'épaule droite - nécessitaient des investigations supplémentaires, tels que des examens échographiques, IRM et avis neurochirurgicaux (rapport du 7 février 2014 des Drs L_____, M_____ et N_____).

E. 8

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate de l'évolution

A/1327/2014 - 19/20 - des troubles dont souffre le recourant, leurs éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail à compter de mai 2013, et partant, sur son degré d'invalidité. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en rhumatologie, en orthopédie et en psychiatrie, après avoir interrogé les médecins spécialistes traitants du recourant. Les conditions jurisprudentielles

d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise n'a été réalisée par l'intimé. En cas de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

E. 9

Le recours sera donc admis, la décision querellée annulée en tant qu'elle met fin au versement de la rente dès le 1er août 2013, et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.

E. 10

De façon générale, la procédure devant la chambre de céans est gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA). Tel n'est cependant pas le cas, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, de la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)]. Le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI). Au vu du sort donné au recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr. Le recourant, qui est représenté et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA- E 5 10)], à la charge de l'intimé.

A/1327/2014 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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