

GE_GERICHTE ATAS/1066/2016 vom 19. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1066_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1066/2016 du 19 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1066/2016 del 19 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

La question de la compétence de la juridiction de céans ainsi que celle de la recevabilité du recours ont d'ores et déjà été traitées dans l'ordonnance d'expertise du 17 mai 2016 (ATAS/375/2016), de sorte qu'il n'y sera pas revenu dans le présent arrêt.

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a fixé le taux d'invalidité sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

E. 3

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).

A/562/2015 - 23/31 -

E. 4

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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. 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). a. 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

A/562/2015 - 24/31 - 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. 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation

sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). c. Dans le cas d'espèce, la question litigieuse doit désormais être tranchée à la lumière du résultat de l'expertise judiciaire ordonnée par la chambre de céans pour les motifs exposés dans son ordonnance d'expertise (ATAS/375/2016), et singulièrement de la question de savoir si le rapport d'expertise du Dr U _____ du 29 août 2016, au besoin avec les précisions contenues dans les explications

A/562/2015 - 25/31 - complémentaires qu'il a apportées dans son courrier du 17 octobre 2016 en réponse aux objections de l'intimé dans ses observations du 16 septembre 2016 reposant en particulier sur l'avis médical émis le 12 septembre 2016 par le Dr K _____ du SMR. Selon la jurisprudence, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 6

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;

A/562/2015 - 26/31 - 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. 7

a. En l'espèce, la chambre des assurances sociales constate que le rapport d'expertise du Dr U_____ du 29 août 2016 répond, à la forme, aux exigences posées par la jurisprudence pour que l'on puisse lui reconnaître une pleine valeur probante : l'expert s'est fondé sur un entretien clinique prolongé avec l'assuré, au cours duquel il a procédé à l'examen clinique et en particulier neurologique de l'expertisé, en consignnant ses observations ; l'étude approfondie du dossier est clairement reconnaissable, non seulement par rapport à l'inventaire détaillé du contenu du dossier et des pièces, dont les plus importantes médicalement ont été résumées, mais également complétées par les soins de l'expert; cette connaissance approfondie du dossier ressort également de la discussion du cas et de la réponse aux questions posées, en particulier à celle qui invitait l'expert à se prononcer sur les avis médicaux des divers médecins traitants et du SMR, en expliquant au besoin les raisons pour lesquelles il écartait certains avis au profit d'autres (ces raisons ayant été rapportées en détail ci-dessus au ch. 43 de la partie en fait) ; de plus, l'expert a encore eu un échange téléphonique avec le Dr F_____, médecin traitant du recourant. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée; le rapport se fonde sur des examens complets ; il prend également en considération les plaintes exprimées, l'expert ayant d'ailleurs inventorié et décrit les différents types de douleurs éprouvées par l'expertisé, en en déterminant les conséquences incapacitantes, au besoin de manière différenciée ; ce rapport a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description des interférences médicales est claire et enfin que les conclusions de l'expert sont a priori bien motivées. b. L'intimé a prétendu toutefois que certains points du rapport d'expertise tendraient à faire douter de sa valeur probante. Il s'agit ainsi d'apprécier la pertinence de l'argumentation de l'intimé, pour déterminer si, sur le fond, le rapport de l'expert au besoin complété par ses explications complémentaires peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le SMR a observé, dans son avis du 12 septembre 2016, que l'expert retient une incapacité de travail dans toute activité, depuis l'accident de juillet 2012, en justifiant toutefois cette conclusion par des facteurs non médicaux (en particulier l'absence de formation du recourant), et l'absence, pour lui, d'activités compatibles avec les limitations fonctionnelles. Il voit en outre une contradiction dans le fait que l'expert indique que l'assuré « ne peut assurer une activité quelconque en position assise, plus longtemps que 2 ou 3 heures », ce qui dans l'esprit de l'intimé aurait dû le conduire à retenir au moins une capacité résiduelle de travail même très partielle, alors que l'expert prétend ensuite que l'expertisé « ne peut retrouver une activité professionnelle même à temps partiel ». L'intimé considère aussi que la description médicale du status clinique est relativement pauvre : par exemple, la fréquence des accès douloureux intenses n'est pas notée. L'expert écrit

également

A/562/2015 - 27/31 - que les douleurs permanentes répondent au traitement, mais il affirme d'un autre côté qu'elles restent totalement incapacitantes. Enfin le SMR prétend que l'expert se prononce sur le taux d'invalidité, élément non médical, par définition. La chambre de céans constate d'emblée que, contrairement à ce qu'affirme le SMR, à aucun moment l'expert ne s'est prononcé sur le taux d'invalidité de l'expertisé. Dans les réponses aux questions qui lui étaient posées, ainsi que dans la discussion du cas, l'expert évoque toujours l'incapacité de travail, et non pas l'invalidité de l'expertisé. Une seule remarque de l'expert, au 5e paragraphe de la p. 50 de son rapport, fait référence au « taux d'invalidité de 14 %, puis de 6 % » retenu par l'intimé : l'expert ne se prononce toutefois pas sur le taux d'invalidité en tant que tel, mais marque simplement sa surprise par rapport aux conséquences dans la décision entreprise de la mauvaise appréhension de la réalité clinique de l'expertisé par le Dr K_____, observant à cet égard son étonnement de voir que le recourant n'ait pas exprimé plus de ressentiment à l'égard des décisions de l'OAI, lors de l'entretien qu'il a eu avec lui. En dépit du fait que ces objections n'apparaissent pas prima facie fondées, après une lecture objective remettant chaque élément dans son contexte, la chambre de céans a néanmoins interpellé l'expert en lui demandant de se prononcer sur l'avis exprimé par le SMR. c. Dans sa détermination, l'expert a observé : - S'agissant de l'impossibilité pour l'expertisé d'assurer une activité quelconque en position assise plus longtemps que 2 ou 3 heures, sans autre précision, l'expert se réfère aux catégories de douleurs inventoriées aux p.6 et 7 de son rapport, qualifiées de « permanentes », « de type névralgique », de « douleurs liées à des troubles neurovégétatifs », et enfin « douleurs dorsales », qu'il distingue de toutes les autres puisqu'elles sont de nature mécanique - et non pas neurogène -, et qui sont celles qui interdisent à l'expertisé de rester assis trop longtemps, soit (plus) de 2 à 3 heures sans bouger. Sachant que ce fait était reconnu par la majorité des médecins intervenus dans ce dossier, il a simplement cru bon le rappeler comme un fait acquis en page 50. Pour sa part ce sont toutes les autres catégories de douleurs, d'origine neurogène, qui jouent un rôle déterminant dans la situation du patient, et notamment sur sa capacité de travail. - S'il a fait référence au niveau de formation de l'expertisé, c'était tout simplement pour faire comprendre à quel domaine d'activité adaptée il songe dans la mesure où on lui posait la question d'évaluer l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée en indiquant le domaine d'activité adaptée. - Quant aux critiques du SMR au sujet de la mention des facteurs psychosociaux et professionnels qui ne devraient pas être pris en compte, l'expert s'interroge alors sur la raison pour laquelle la question lui est posée (question 15) d'un rapport éventuel entre les atteintes relevées chez l'expertisé et un « contexte de

A/562/2015 - 28/31 - conflit émotionnel ou problèmes psycho-sociaux particuliers» : la question lui étant posée, il lui paraissait raisonnable de la commenter. - S'agissant enfin de la remarque du SMR qui suggère que les douleurs permanentes dont l'expertisé est atteint répondant au traitement, elles ne devraient donc pas être « incapacitantes » comme l'expert l'affirme : se référant à la page 6 du rapport, où sont précisément inventoriés les différents types de douleurs de l'intéressé, ce qu'il qualifie de « douleurs permanentes » est bien décrit au 2e alinéa. Ces « douleurs permanentes », qui nécessitent un traitement de fond, doivent être distinguées des « douleurs névralgiques », des « douleurs associées aux troubles neurovégétatifs » et des « douleurs dorsales ». La réponse au traitement est décrite dans le texte de cette même page 6. d. À la lumière des précisions apportées par l'expert, la

chambre de céans considère que les objections de l'intimé, qui prend à son compte les critiques du Dr K_____ à l'égard de l'expertise, relèvent plus du prétexte que d'une critique objective propre à véritablement susciter des doutes quant à la valeur probante de l'expertise. L'expert a en effet précisé de façon convaincante que s'il évoquait le fait que le recourant « ne peut assurer une activité quelconque en position assise, plus longtemps que deux à trois heures », il faisait référence à un fait acquis par l'ensemble des médecins traitants ayant eu à connaître de ce dossier, soit la constante de douleurs dorsales, mécaniques, qui à elles seules limitent de toute manière quelque activité que ce soit, ceci indépendamment des douleurs neurogènes, faisant précisément l'objet de son expertise, et qui, elles, jouent un rôle déterminant dans la situation du patient, et notamment sur sa capacité de travail. Ce sont essentiellement ces douleurs-là qui conduisent l'expert au constat que l'expertisé est sujet à un syndrome douloureux complexe d'intensité variable parfois très sévère, qui nécessite l'usage de médicaments à des doses variables parfois susceptibles d'entraîner des effets secondaires importants comme, par exemple, un ralentissement, des troubles de la concentration et de la mémoire, et des troubles de l'attention de nature à interférer avec un travail. C'est précisément ce qui amène l'expert à la conclusion qu'il est inimaginable selon lui que l'intéressé puisse retrouver une activité professionnelle, même à temps partiel, dans les temps à venir. Comme il l'a expliqué, - et justement en réponse à la question 15, - qui avait précisément été ajoutée à la mission initialement prévue, à la demande du SMR -, les atteintes relevées ne s'inscrivent pas dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux particuliers. À ce sujet, les explications complémentaires de l'expert sont convaincantes, et les objections formulées par le Dr K_____ à ce sujet sont pour le moins paradoxales, dans la mesure où c'est lui qui avait demandé l'adjonction de cette question à la mission de l'expert. Une saine interprétation du rapport d'expertise ne permet donc pas de considérer que l'expert aurait pris en compte de façon prépondérante des facteurs psychosociaux et socioculturels dans l'appréciation de l'incapacité de travail complète de l'expertisé à laquelle il conclut. Quant à la formation professionnelle

A/562/2015 - 29/31 - limitée mentionnée par l'expert, elle s'inscrit dans le contexte de la question spécifique qui lui était posée, mais sans incidence concrète sur ses conclusions, n'en déplaise à l'intimé reprenant à son compte les derniers commentaires du SMR. Les dernières remarques de l'intimé (7 novembre 2016), n'y changent rien. Hormis les remarques – reprenant les premières objections du SMR – auxquelles il a déjà été répondu ci-dessus, le SMR fait valoir en dernier lieu, que si l'on doit admettre que l'état de santé de l'assuré est mauvais avec, en particulier, des douleurs neurogènes persistantes, il ne serait pas possible de suivre l'expert dans son évaluation d'une incapacité de travail totale dans toute activité, au motif que les limitations fonctionnelles sont relativement limitées, une activité strictement adaptée à celles-ci n'étant pas limitée par les douleurs séquellaires. Il en conclut que si pendant les crises la capacité est nulle pour toute activité, en dehors de celles-ci l'assuré devrait garder une capacité médico-théorique, au moins partielle. Comme l'expert l'a déjà relevé dans son rapport du 29 août 2016, le SMR, - soit l'intimé qui adhère aux prises de position de son service médical - n'a pas pris la mesure de la gravité des conséquences de l'accident survenu le 5 juillet 2012 sur l'état de santé du recourant, et en particulier sur sa capacité de travail. À nouveau, dans ses observations, du 7 novembre 2016, fondées sur le dernier avis du Dr K_____, l'intimé minimise singulièrement l'importance des limitations fonctionnelles qui affectent le recourant. Il suggère que si, pendant les crises, la capacité, pour toutes activités est nulle, en dehors de celle-ci l'assuré

devrait garder une capacité médico- théorique au moins partielle. Sous prétexte de voir une incohérence de l'expert à soutenir qu'en dépit de certaines douleurs (mécaniques) le recourant pourrait avoir une activité de l'ordre de deux à trois heures en restant en position assise, et de nier toute capacité de travail en raison d'autres douleurs, il fait totalement abstraction des explications complémentaires de l'expert, et suggère qu'en dehors des crises, il subsisterait une capacité résiduelle de travail à tout le moins partielle. Il ignore en cela l'incidence des douleurs neurogènes entraînant, selon l'expert, l'incapacité totale de travail du recourant, ne retenant que la remarque de l'expert au sujet des douleurs dorsales pour y voir une capacité de travail résiduelle. Non seulement l'intimé se trompe, mais il perd encore de vue que l'expert a encore moins prétendu que la « possibilité » d'exercer une activité en position assise, limitée à ces deux à trois heures, serait donnée quotidiennement ; or, tel n'est manifestement pas le cas. À supposer même, - ce que la chambre de céans ne saurait du reste reconnaître -, que l'on puisse retenir une capacité résiduelle de 2,5 heures par jour, 5 jours par semaine à raison de 41,7h de travail par semaine, qu'il subsisterait à tout le moins une incapacité de travail de 70%. Mais une fois encore la réalité est, dans la meilleure des hypothèses pour la thèse de l'intimé, bien en deçà de ces chiffres. Ainsi, dans l'hypothèse la plus favorable, on ne saurait imaginer que le recourant puisse être réintégré dans un circuit économique normal. Force est ainsi de constater que l'on doit reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise litigieuse, la chambre de céans n'ayant aucun motif impératif de

A/562/2015 - 30/31 - s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment. Dans la mesure où il ressort que le recourant est totalement incapable de travailler quelle que soit l'activité envisagée, y compris dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant des conséquences de l'accident du 5 juillet 2012, date du début du délai d'attente, il a droit à une rente d'invalidité entière. La décision entreprise doit donc être annulée, et le dossier retourné à l'intimé pour nouvelle décision et calcul de la rente.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 16 janvier 2015 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 9

La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

A/562/2015 - 31/31 - 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.