

GE_GERICHTE ATAS/121/2015 vom 17. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_121_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/121/2015 du 17 février 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/121/2015 del 17 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS/GE E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 24 février 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue

A/874/2014 - 9/17 - matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RSG E 5 10).

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à l'obtention de prestations d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

E. 6

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).

E. 7

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. 8

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/874/2014 - 10/17 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans

apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 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. 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). 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. Étant 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle

A/874/2014 - 11/17 - expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 9

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

E. 10

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V

A/874/2014 - 12/17 - 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs

(ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

E. 11

a. D'après le rapport d'expertise de la CRR, sur lequel se fonde la décision attaquée, il n'y a guère que les apnées du sommeil dont souffre le recourant qui sont pertinentes pour juger de sa capacité de travail. Les autres diagnostics posés par le médecin traitant du recourant sont, selon les experts, sans incidence sur sa capacité de travail ; en effet, ni les affections notées sur le plan rhumatologique, touchant notamment le rachis aux niveaux lombaire et cervical, ni celles, qui n'étaient plus actuelles, liées à un carcinome du rein et une pancréatite n'impliquaient d'atteintes susceptibles de limiter la capacité de travail. Quant à elles, les apnées du sommeil, certes de degré sévère, étaient insuffisamment traitées et n'entraînaient pas d'incapacité de travail, mais simplement des limitations, tenant à l'exclusion de la conduite automobile professionnelle et d'autres activités requérant une même attention. b. Le rapport d'expertise de la CRR remplit, en principe, les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, sous une réserve évoquée plus loin concernant les apnées du sommeil. Les autres rapports versés au dossier par le recourant (en particulier le rapport d'IRM du 19 février 2014) ne sont pas propres à mettre en doute les constatations des experts sur le plan rhumatologique. En effet, selon ces rapports, le recourant présente une discrète cervico-discarthrose C5-C6 et C6-C7, des minimes discopathies étagées de C7-D1 à D2-D3, un canal lombaire de taille limite

A/874/2014 - 13/17 - inférieure, une discopathie protrusive L5-S1 et une discrète arthrose interfaccettaire bilatérale étagée avec de discrets signes de surcharge articulaire en L4-L5, à savoir des affections peu importantes, dont le médecin ayant établi ledit rapport ne dit d'ailleurs pas qu'elles entraînent une incapacité de travail. Ces affections ne constituent assurément pas une atteinte invalidante pour l'exercice d'une activité légère et permettant des changements réguliers de position telle que le recourant a occupée, notamment comme traducteur et collaborateur social. Par ailleurs, il n'est certes pas contesté que le recourant a eu, dans un passé remontant à sept ans (donc en 2007), une pancréatite aigüe d'origine biliaire ayant nécessité un geste endoscopique avec une extraction des micro-calculs et une sphinctérotomie, ainsi qu'un carcinome rénal à cellules chromophobes et des cholécystites chroniques en poussée aigüe, ayant nécessité une néphrectomie gauche, un curage ganglionnaire et une cholécystectomie. Force est cependant de retenir, avec les experts de la CRR, que la mention historique de ces affections ne doit pas être confondue avec un diagnostic contemporain d'affections qui seraient invalidantes, et que la seule mention par le médecin traitant, postérieurement à la prise de la décision attaquée, de douleurs survenant lors de la moindre palpation au niveau de la région où le recourant avait été opéré en 2007 ne suffit pas à justifier, même en conjonction avec les problèmes d'ordre rhumatologique précités et les apnées du sommeil, une conclusion de totale incapacité de travail dans toute activité. Affirmer, comme l'a fait le médecin traitant, que la capacité de travail du recourant est nulle dans quelque activité que ce soit n'emporte pas conviction. c. D'après le rapport de consultation du suivi du syndrome des apnées du sommeil établi le 13 mars 2014 par le laboratoire du sommeil des HUG, si le traitement par CPAP avait une efficacité évidente, les bénéfices en résultant étaient contrecarrés par un inconfort lié au port du masque. De ce mot « inconfort » ne saurait se déduire une portée insignifiante, renvoyant à une notion de simple commodité personnelle. Le port du masque provoquait des douleurs dentaires et nasales, une sécheresse des yeux et de la bouche, ainsi que des fuites autour du masque. Des mesures étaient envisageables et proposées : une adaptation des sangles du masque,

l'augmentation de l'humidification, le port d'un autre masque, facial complet sans points d'appui sur le nez et la mandibule, un traitement dentaire, une reprise chirurgicale d'une ancienne fracture du nez. Un rapport dudit laboratoire du 20 mai 2014 a expliqué, au titre d'utile mise en perspective et d'appréciation concrète de la situation du recourant, que les masques occasionnaient tous d'importantes douleurs au recourant, en lien avec une ancienne fracture du nez et d'importants problèmes dentaires. Le recourant avait effectué de nombreux essais, en se montrant motivé à trouver une solution, mais il avait dû arrêter complètement le traitement par CPAP et avait été adressé au service de chirurgie maxillo-faciale des HUG, afin d'évaluer la possibilité de stabiliser la pathologie nasale et dentaire pour éventuellement reprendre un traitement par

A/874/2014 - 14/17 - CPAP, ainsi que la possibilité d'une chirurgie du syndrome des apnées du sommeil par avancement bi-maxillaire. Il s'est ensuite avéré, d'après un rapport de ce service du 12 septembre 2014, qu'un propulseur mandibulaire était risqué, mais nécessaire pour se déterminer sur l'efficacité d'un avancement bi-maxillaire, et que l'avis d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie était indispensable concernant l'éventualité d'une chirurgie nasale. De plus, un courrier de ce même service, du 25 novembre 2014, a détaillé le traitement normal des apnées obstructives du sommeil : la première étape consistait en un appareillage CPAP, traitement abandonné par près de la moitié des patients ; en deuxième lieu pouvait être proposé un appareillage avec un propulseur mandibulaire, généralement moins efficace que le traitement par CPAP, mais un tel appareil, ancré sur les dents, n'était pas toujours réalisable car il pouvait endommager la dentition, ce qui était le cas du recourant ; en troisième lieu entrainé en considération une ostéotomie bi-maxillaire, à savoir une opération au niveau des mâchoires supérieure et inférieure, mais l'appareillage avec un propulseur mandibulaire était indispensable pour tester l'efficacité d'une telle intervention. La solution est donc loin d'être simple. Les possibilités de remédier aux apnées du sommeil du recourant ou d'en atténuer les effets s'avèrent n'avoir pas été investiguées assez loin, de façon claire si l'on se reporte aux moments de l'expertise et de la prise de la décision attaquée, et même semble-t-il encore à ce jour. Il importe dès lors d'autant plus de ne pas sous-estimer les effets des apnées du sommeil dont souffre le recourant. Or, ces derniers ne relèvent pas que de plaintes purement subjectives et invérifiables du recourant. La polysomnographie avait permis de diagnostiquer un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère, avec un index d'apnées-hypopnées de 67/h, un index de désaturation de 65/h, et une hypoxémie nocturne ; l'efficacité du sommeil était de 67,4 % ; ces troubles respiratoires nocturnes altéraient la qualité du sommeil, sous forme de microfragmentation sévère du sommeil. Dans le même sens, le médecin traitant a mentionné, dans le questionnaire de l'intimé du 15 avril 2013, que le recourant s'endormait tout le temps durant la journée. d. Ainsi, s'agissant des apnées du sommeil et des troubles lui étant associés, en particulier la fatigabilité du recourant, il appert, au vu des développements postérieurs à la prise de la décision attaquée, que pour juste qu'il a pu être au moment de l'expertise, le constat que cette affection était insuffisamment traitée ne conserve pas à ce jour sa pleine pertinence, et qu'on ne saurait par ailleurs plus se contenter de retenir, comme les experts, d'une part que le port d'un masque durant la nuit (traitement par CPAP) apportait une grande amélioration et d'autre part que le recourant avait fait montre devant les experts de vivacité, d'énergie et de volubilité, en contradiction avec la description de sa grande fatigue.

A/874/2014 - 15/17 - Les faits n'ont pas été investigués suffisamment par l'autorité intimée, et ils ne le sont pas à ce jour au point que la chambre de céans pourrait se prononcer sur l'éventuelle incapacité de travail que les affections diagnostiquées, en particulier les apnées du sommeil, génèrent pour le recourant, le cas échéant au-delà de limitations fonctionnelles. La décision attaquée sera donc annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, les conditions d'un renvoi étant remplies. Il appartiendra à l'autorité intimée de demander des rapports plus détaillés et actualisés aux médecins compétents (par exemple du laboratoire du sommeil des HUG), comportant une appréciation, sur le principe et la mesure, d'une éventuelle incapacité de travail (avec la précision des activités qui seraient adaptées), voire de soumettre le recourant à des tests neuropsychologiques. Il appartiendra à l'autorité intimée d'examiner s'il y a lieu d'ordonner une expertise complémentaire. Les investigations complémentaires doivent se concentrer sur les apnées du sommeil et les troubles lui étant associés. Toutefois, dans la perspective de l'actualisation des données pertinentes pour statuer sur la demande de prestations de l'assurance-invalidité, elles doivent fournir l'occasion d'effectuer l'imagerie de contrôle des anciens problèmes de pancréatite et de carcinome rénal rencontrés en 2007 par le recourant, puisque les experts eux-mêmes ont relevé que les récurrences étaient rares - donc pas totalement exclues - et qu'une telle imagerie de contrôle serait opportune six ans après l'intervention, et que par ailleurs le médecin traitant fait état de douleurs à la moindre palpation au niveau de cette région.

E. 12

a. En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit 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), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité 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]) soit soumise à des frais de justice, 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 (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA). En l'espèce, un émoulement de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé. b. Un recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

A/874/2014 - 16/17 - L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; ATF 110 V 365 consid. 3c). En l'espèce, vu l'admission partielle du recours au sens des considérants, une indemnité de CHF 1'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens.

A/874/2014 - 17/17 - 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.