

GE_GERICHTE ATAS/256/2014 vom 4. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_256_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/256/2014 du 4 mars 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/256/2014 del 4 marzo 2014

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 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

A 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

A/3250/2013 - 11/22 - 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 12 septembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème 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 de la recourante à l'obtention d'une rente d'invalidité et sur le bien-fondé de l'interruption des mesures professionnelles.

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). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 7

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 LPGA. 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

A/3250/2013 - 12/22 - 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 ; ATFA non publié 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 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. 8

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une

invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable

A/3250/2013 - 13/22 - (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

E. 9

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic

séparé (ATFA non publié I 497/04 du

E. 12

En l'espèce, sur la base du rapport du SMR, lui-même fondé sur les rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique, l'intimé a considéré que la capacité de travail résiduelle médicalement exigible de la recourante était de 100% dans une activité sérielle de l'industrie légère et a fixé le degré d'invalidité à 6%, de sorte qu'il lui a nié tout droit à une rente ou à un reclassement. La recourante conteste cette appréciation et soutient que sa capacité de travail est nulle comme l'attestent ses médecins-traitants.

E. 13

Il convient dès lors de se déterminer en premier lieu sur la valeur probante de ces différents rapports médicaux. a) S'agissant du volet somatique, la Cour de céans observe que le diagnostic posé par le Dr F_____ dans son rapport du 7 décembre 2010, soit celui de cervicalgies chroniques aspécifiques et de minimes discopathies C5-C6 et C6-C7, s'apparente à celui du médecin-traitant, lequel a fait état de cervico-brachialgies bilatérales sur des discopathies C5-6 et C6-7 (rapport du Dr A_____ du 21 juin 2010). Leurs avis divergent cependant sur les contre-indications engendrées par cette atteinte ainsi que sur l'incapacité de travail qui en découle. L'expert a en effet considéré que seules doivent être évitées les activités répétitives de flexion- extension et de rotations de la nuque, alors que le médecin-traitant a mentionné des restrictions beaucoup plus importantes concernant, entre autres, les positions assise, debout, penchée, accroupie, les rotations, ou encore le port de charges et le travail avec les bras au-dessus de la tête. En outre, si l'expert a estimé à 70% la capacité de travail dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité respectant les contre- indications, ajoutant que la recourante pourrait recouvrer une capacité de travail complète dans son activité habituelle en pratiquant des exercices de mobilisation douce au niveau cervical, le médecin-traitant a quant à lui attesté d'une totale incapacité de travail dans l'ancienne activité de caissière-ouvrière depuis le mois de mars 2009 et a réservé son pronostic en matière d'une activité adaptée. La Cour de céans observe que le rapport d'expertise du Dr F_____ est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier de l'intimé. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examen approfondis, notamment de radiographies complémentaires, ses plaintes ont été prises en compte et le spécialiste a procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées. Il s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle d'ouvrière en horlogerie ou de caissière en supermarché, et a clairement défini ses limitations fonctionnelles. Il a dûment expliqué et motivé son point de vue et ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Par ailleurs, la Cour de céans remarque que son

A/3250/2013 - 16/22 - appréciation rejoint celle du Dr C_____, lequel n'avait retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail et n'avait constaté qu'une petite limitation cervicale non gênante au quotidien. Ce médecin avait même conclu que l'activité habituelle était encore exigible (rapport du 27 septembre 2010). Eu égard à la jurisprudence précitée, la Cour de céans constate qu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert. La recourante ne prétend au demeurant pas que ce dernier aurait ignoré des éléments objectivement vérifiables dans le cadre de son examen. Etant rappelé la différence de mandat entre un médecin-traitant et un expert, la Cour de céans fera siennes les conclusions du rapport du Dr F_____ auquel elle reconnaît une pleine valeur probante. b) Sur le plan psychiatrique, le Dr I_____ a

retenu, dans son expertise du

E. 15

Il convient à présent de fixer le degré d'invalidité de la recourante.

E. 16

Selon 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-

A/3250/2013 - 18/22 - rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

E. 17

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

E. 18

a) 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 LPGGA et 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). b) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). c) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

A/3250/2013 - 19/22 - nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

E. 19

En l'espèce, dans la mesure où la recourante a déposé sa demande de prestations au mois de mai 2010 en raison d'atteintes à la santé ayant engendré une incapacité de travail depuis le mois de mars 2009, il convient de se placer en 2010 pour procéder à la comparaison des revenus. S'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer à l'extrait du compte individuel (ci-après CI) de la recourante, à défaut d'indications précises de l'employeur concernant le dernier salaire perçu. Le CI révèle un salaire de 48'914 fr. en 2008. Ce montant doit être indexé à 2010 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (2008: 2'499 et 2010: 2'579 ; Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011), ce qui donne un revenu sans invalidité de 50'479 fr. 90.

Concernant le revenu avec invalidité, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 50'700 fr. par année (4'225 fr. x 12 ; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, 12-2013, B9.2), ce montant doit être porté à 52'728 fr. (50'700 fr. x 41.6 heures : 40 heures). L'intimé a tenu compte d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Etant rappelé que le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, le salaire d'invalidité est fixé à 47'455 fr. 20, après calcul de l'abattement de 10%, ce qui donne un degré d'invalidité de 6%. La Cour de céans remarquera encore à l'attention de la

A/3250/2013 - 20/22 - recourante que même en tenant compte de la déduction globale maximum de 25%, son degré d'invalidité ne serait que de 21,7%, degré insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. Partant, le taux d'invalidité de 6% est confirmé, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a nié à la recourante un droit à une rente, ainsi qu'à un reclassement. Les conclusions principales de la recourante seront donc rejetées.

E. 20

Concernant les mesures de réadaptation, la Cour de céans rappelle que l'intimé a mis en place un stage d'orientation auprès de l'entreprise PRO afin de déterminer quelle activité pourrait être exercée par la recourante et permettre à cette dernière d'augmenter progressivement son taux d'occupation, compte tenu du fait qu'elle n'avait plus travaillé depuis 2009. Bien que la décision litigieuse ne prononce pas formellement l'interruption de ce stage, elle retient que la capacité de travail de la recourante ne peut pas être exploitée en raison d'un manque de motivation et de la présentation d'un certificat médical d'arrêt de travail reconductible, et que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. Se pose donc la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a mis un terme à la mesure de réadaptation qu'il avait décidé d'octroyer à la recourante.

E. 21

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

E. 22

Selon l'art. 21 al. 4 LPGGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (ATFA I 605/04 du

A/3250/2013 - 21/22 - 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également ATFA non publié I 552/06 du 13 juin 2006, consid. 4).

E. 23

En l'occurrence, il ressort des pièces figurant au dossier administratif de l'intimé que ce dernier a omis de procéder à la mise en demeure formelle requise par la loi. La cause doit donc lui être renvoyée afin qu'il statue à nouveau sur la poursuite de cette mesure d'ordre professionnel après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGGA. En ce sens, le recours se révèle bien fondé.

E. 24

Partant, le recours sera partiellement admis et la décision annulée, en ce sens que l'intimé ne pouvait pas interrompre les mesures professionnelles sans mettre au préalable la

recourante en demeure. La recourante, représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 750 fr. (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3250/2013 - 22/22 -

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.