

GE_GERICHTE ATAS/307/2008 vom 10. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_307_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/307/2008 du 10 mars 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/307/2008 del 10 marzo 2008

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans

A/1680/2007 - 10/18 - réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 24 juin 2005 et se fonde sur une incapacité totale de travail dès le 3 février 2004. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 22 janvier 2007, qui a été confirmé par la décision du 23 mars 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 26 avril 2007. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance- invalidité au-delà du 31 décembre 2005.

E. 5

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA).

E. 6

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40% au moins un quart, 50% au moins une demie, 60% au moins trois-quarts, 70% au moins rente entière.».

A/1680/2007 - 11/18 - Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3% continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70% font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

E. 7

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement

A/1680/2007 - 12/18 - réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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, 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

E. 8

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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

A/1680/2007 - 13/18 - 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe 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

A/1680/2007 - 14/18 - sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) 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/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que

certaines faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 9

a) En l'espèce, le Dr T_____ du SMR a estimé que la recourante présentait des limitations fonctionnelles objectivables qui réduisaient sa capacité de travail comme femme de ménage à 50% dans le cadre de travaux légers, poussière, nettoyage superficiel à niveau, mais qui lui permettaient d'exercer une activité adaptée à 100%, comme celle de secrétaire.

Cet avis médical n'est pas remis valablement en cause dès lors que le médecin- traitant de la recourante, le Dr P_____, atteste le 17 avril 2007 de limitations fonctionnelles, lesquelles sont à plusieurs égards moins sévères que celles reconnues par le Dr T_____, soit pas d'élévation des bras à plus de 90° (à plus de 60° selon le SMR), pas de port de charge de plus de 4 à 5 kg (pas de port de charge supérieure à 2,5 kg au niveau du MSD et de 7,5 kg de façon globale selon le SMR), pas de station debout plus de 30 minutes et changement de position régulier (pas de position statique debout au-delà de 15 minutes, pas de montée et descente d'escalier à répétition, d'activité sur terrain instable, de position en genuflexion ou accroupie à répétition, et diminution du périmètre de marche à 30 minutes selon le SMR), et pas de position longtemps les bras collés au thorax.

L'attestation du Dr P_____ du 2 février 2007 selon laquelle l'incapacité de travail de la recourante est totale depuis le 3 février 2004 n'est pas convaincante, en particulier au regard d'une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles retenues par le Dr T_____.

A/1680/2007 - 15/18 -

Il y a ainsi lieu de conclure que l'examen médical du SMR a pleine valeur probante, nonobstant la mention erronée d'une seconde opération le 8 juillet 2005, laquelle n'a jamais eu lieu, cette erreur n'ayant pas de conséquence sur les constatations médicales effectuées par le Dr T_____ le 30 octobre 2006 et sous réserve également de la reconnaissance par ce médecin d'une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de nettoyeuse de la recourante, la description des tâches de nettoyage exigibles mentionnées par le Dr T_____ (soit "travaux légers, poussière, nettoyage superficiel à niveau") ne correspondant manifestement pas à celle de nettoyeuse dans une école.

En conséquence, il y a lieu de retenir que la recourante est à même d'effectuer à 100% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et cela dans un délai de trois mois après l'intervention chirurgicale du 23 novembre 2004, soit dès le 23 février 2005. A cet égard, le Tribunal fédéral a reconnu que les secteurs de la production et des services recouvraient un large éventail d'activités qui étaient légères et permettaient l'alternance des mouvements (ATFA du 25 avril 2005 I 269/03), correspondant dès lors aux limitations de la recourante.

Du 3 février 2004 au 22 février 2005, la recourante a en revanche subi une incapacité totale de travail dans toute activité.

Il convient en conséquence de calculer le degré d'invalidité

b). La recourante a été en incapacité de travail totale durant plus d'une année au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI. Elle a ainsi droit à une rente entière de l'assurance invalidité dès le 1er février 2005. A partir du 23 février 2005, elle a une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

c) 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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 1997, p. 205-206). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré (arrêt T. du 23 mai 2000, U 243/99, consid. 2b), ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (arrêt L. du 4 septembre 2002, I 774/01), ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive

A/1680/2007 - 16/18 - de son état de santé (RCC 1985 p. 662). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (sur l'ensemble de la question, arrêt T. du 17 octobre 2003, B 80/01, consid. 5.2.2 - ATFA du 14 juillet 2006 I 201/06).

ca) En l'espèce, en application du principe de la vraisemblance prépondérante, c'est à juste titre que l'intimé s'est écarté du dernier salaire annoncé par la recourante au titre de revenu d'invalide, soit un montant de 75'249 fr. en 2004, dès lors qu'il est basé sur l'indication erronée de l'employeur que la recourante aurait effectué un travail de secrétariat, que la recourante a déclaré en audience que son activité auprès de son employeur n'avait pas été modifiée en 2004, qu'elle n'a elle-même pas pu justifier de façon convaincante cette augmentation conséquente de salaire par rapport aux années précédentes - hormis par le fait que son mari avait estimé que le travail de nettoyage de l'école était plus astreignant de par son ampleur - et qu'enfin, cette augmentation est intervenue en 2004 alors même que dès le 3 février 2004, la recourante a été en incapacité totale de travailler.

A cet égard, la recourante ne conteste pas vraiment le calcul opéré par l'intimé mais se borne à affirmer que son revenu sans invalidité est plus important que celui retenu. Le revenu sans invalidité effectué auprès de B_____ SARL calculé par l'intimé peut dans ces circonstances être confirmé, soit 31'307 fr. correspondant au revenu annuel 2003, réactualisé pour 2005. Augmenté du revenu annuel réalisé à l'Hospice général de 35'510 fr. pour 2005, le revenu sans invalidité 2005 est finalement de 66'817 fr.

cb) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, comme c'est le cas en l'espèce, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit en 2004, 3'893 fr. par mois ou annuellement 46'716 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 [ESS], TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 3/2006, p. 90, B 9.2), ce montant doit être porté à 48'585 fr., indexé en 2005 à 49'120 fr. Compte tenu d'un facteur de réduction de 20 % sur le salaire statistique, qui tient compte des autres circonstances personnelles de la recourante, (cf. ATF 126 V 78, consid. 5), on obtient un revenu d'invalidité de 39'296 fr.

cc) La comparaison du montant de 39'296 fr. avec le revenu sans invalidité pour l'année 2004 de 66'817 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 41,2 %.

A/1680/2007 - 17/18 -

d) En application de l'art. 88a RAI, la rente entière d'invalidité est due du 1er février au 31 mai 2005. Dès le 1er juin 2005, la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 41,2 %.

E. 10

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis., la décision litigieuse partiellement annulée dans la mesure où la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1er février au 31 mai 2005, puis dès le 1er juin 2005 à un quart de rente. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI) et une indemnité de 1'000 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé.

A/1680/2007 - 18/18 -

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