

## **GE\_GERICHTE ATAS/375/2018 vom 3. Mai 2018**

GE Cour de justice, 2018-05-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_375\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_375_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/375/2018 du 3 mai 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/375/2018 del 3 maggio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

décembre 2014 ; - un rapport du 19 janvier 2016 du Dr E\_\_\_\_\_ expliquant notamment que l'arthrodèse de juin 2014 s'était compliquée par une pseudarthrose, confirmée par un scanner en janvier 2015, avec la persistance de la symptomatologie douloureuse ; une nouvelle intervention avait eu lieu le 3 septembre 2015 et il y avait eu amélioration de la symptomatologie, mais l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé ; une reprise de l'activité habituelle ne semblait pas envisageable ; le médecin préconisait plutôt un travail de bureau ou sédentaire ; il insistait sur le fait qu'il ne s'agissait pas d'une rechute mais d'une complication de la chirurgie pratiquée en juin 2014 ; en effet, les douleurs au niveau du site opératoire et les tuméfactions avaient persisté ; en janvier 2015, un scanner avait montré la présence d'une pseudarthrose confirmant l'état clinique de l'assuré. - un courrier rédigé le 7 mars 2016 par le Dr J\_\_\_\_\_, confirmant au Dr E\_\_\_\_\_ la capacité de travail reconnue lors de l'examen clinique effectué fin 2014 - correspondait à celle d'un métier de bureau ou sédentaire ; - un courrier du 23 mai 2016 du Dr E\_\_\_\_\_ considérant que la reprise d'un emploi adapté sédentaire était désormais possible. 9. Les 29 juin et 16 août 2016, l'assuré s'est opposé à cette décision. Par ailleurs, il a reproché à l'assureur de n'avoir jamais reconsidéré, malgré l'évolution défavorable de son état de santé depuis janvier 2015, sa décision du

#### **E. 16**

Par acte du 7 juin 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la reconsidération de la décision du 16 décembre 2014 et au renvoi de la cause à l'assureur pour calcul des indemnités journalières dues du 1er février 2015 au 30 juin 2016. Le recourant relève que, dans son rapport du 15 décembre 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune radiographie effectuée en août 2014. Il en tire la conclusion que le médecin d'arrondissement ne disposait d'aucune radiographie du pied permettant de penser que le cas était stabilisé et qu'il pouvait être mis fin aux soins. Il reproche à l'intimée d'avoir décidé de clôturer le dossier alors que le seul scanner en sa possession justifiait la nécessité d'une nouvelle intervention. En procédant à la clôture du cas en l'absence de données certaines sur le plan radiologique et en mettant fin aux indemnités journalières alors que le scanner du 22 janvier 2015 objectivait une pseudarthrose provoquée par une complication de l'opération, l'intimée a, selon lui, procédé à une appréciation insoutenable du cas justifiant la reconsidération de sa décision du 16 décembre 2014.

#### **E. 17**

Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 août 2017, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. L'intimée fait valoir que le Dr J\_\_\_\_\_ s'est prononcé

en ayant les informations médicales nécessaires et sur la base des éléments pertinents, également au regard du bilan radiologique. Elle ajoute que, quoi qu'il en soit, le grief invoqué par le recourant n'est pas de nature à fonder un motif de reconsidération, dès lors qu'il se rapporte à l'appréciation des preuves. Le fait d'avoir reconnu une pleine valeur probante au rapport du Dr J\_\_\_\_\_ était parfaitement admissible au regard de la situation de fait déterminante. Du moins, une telle position ne peut être assimilée à une inexactitude manifeste. Au surplus, c'est en vain que le recourant entend tirer argument des circonstances postérieures à la décision dont la reconsidération est requise, de telles circonstances devant être ignorées.

#### **E. 18**

Le 13 septembre 2017, le recourant a répliqué. Il fait notamment valoir que, lorsque le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport du 15 décembre 2014, il ne disposait d'aucun autre élément qu'une simple note écrite

A/2483/2017 - 7/14 - du Dr H\_\_\_\_\_. En outre, le Dr I\_\_\_\_\_ a délivré régulièrement des certificats d'incapacité de travail. Malgré cela, le Dr J\_\_\_\_\_ a retenu une évolution favorable de l'arthrodèse avec consolidation satisfaisante sur bilan radiologique. Or, on ne trouve aucune trace de ce bilan radiologique post-opératoire. En revanche, le 22 janvier 2015, un scanner des HUG a mis en évidence une pseudarthrose. Une telle erreur de diagnostic ne peut se justifier que par l'absence de précautions prises par le Dr J\_\_\_\_\_ au moment où il a rendu son rapport. En outre, le 19 janvier 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il ne s'agissait pas d'une rechute mais d'une complication et souligné que l'assuré avait continué à souffrir au niveau du site opératoire. Le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ était donc manifestement incomplet et totalement inexact. Le recourant a ajouté que, si, par impossible, la Cour de céans devait juger que les conditions de la reconsidération n'étaient pas réalisées, la décision de l'intimée de ne payer les indemnités journalières sur la base d'une rechute qu'à partir de juillet 2015 ne résistait pas à l'examen, puisque c'était depuis janvier 2015 qu'il souffrait d'une pseudarthrose entraînant une incapacité de travail totale.

#### **E. 19**

Par écriture du 6 octobre 2017, l'intimée a dupliqué. Elle relève que le recourant, s'il qualifie l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2014 de lacunaire et incomplète, ne se prévaut d'aucun élément établissant le caractère manifestement erroné de sa décision. Selon elle, l'instruction postérieure à la décision du 16 décembre 2014 ne peut pas non plus justifier une demande de reconsidération. Enfin, le recourant ne peut remettre en cause la décision lui reconnaissant le droit à des indemnités journalières dès juillet 2015 puisque la décision litigieuse ne porte pas sur cette question.

#### **E. 20**

Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

#### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa

compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/2483/2017 - 8/14 - 2. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 à 61 LPGGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé de reconsidérer sa décision informelle du 16 décembre 2014. 5. a. Selon l'art. 49 al. 1 LPGGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Aux termes de l'art. 51 LPGGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). b. La suspension du traitement médical et de l'indemnité journalière dans le cadre d'une liquidation du cas doit être décidée formellement. L'importance d'une suppression de prestations temporaires (indemnité journalière, traitement médical) ne se mesure pas à la durée du versement de ces prestations, car ce qui est important ne réside pas dans la fin de la période d'indemnisation - qu'elle ait été longue ou courte -, mais dans la liquidation du cas ex nunc et pro futuro puisque les personnes assurées ne peuvent plus compter sur aucune prestation. C'est pourquoi, en cas de suspension du traitement médical et de l'indemnité journalière, l'assureur doit liquider le cas en rendant une décision formelle et ne peut pas le faire selon une procédure informelle (ATF 132 V 412 consid. 4). c. Celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5). d. En l'occurrence, le recourant n'a réagi qu'en août 2016, soit près de deux ans après avoir pris connaissance de la volonté de l'intimée de mettre fin au versement des prestations, exprimée dans son courrier du 16 décembre 2014. Par conséquent, la position de l'intimée du 16 décembre 2014 a acquis la force de chose décidée, ce que le recourant ne conteste pas au demeurant. 6. a. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont

A/2483/2017 - 9/14 - manifestation erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b. Ni l'assuré, ni le juge ne peuvent, de jurisprudence constante, exiger que l'assureur reconsidère sa décision (ATF 117 V 8 consid. 2a et les références). Un droit à la reconsidération d'une décision, susceptible d'être déduit en justice par l'assuré, n'existe donc pas. Cependant, lorsque l'assureur entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions en sont réalisées, le refus d'entrer en matière est susceptible d'être attaqué par la voie d'un recours ; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable

de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; ATF 117 V 8 consid. 2a ; ATF 116 V 62 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1 et 2.2). A contrario, quand l'assureur n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, le recours interjeté contre cette décision de refus n'est pas recevable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2). c. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des

A/2483/2017 - 10/14 - assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 141 V 405 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2016 du 16 août 2016 consid. 2). 7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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

A/2483/2017 - 11/14 - manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 8. 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). 9. a. En l'occurrence, le recourant fait valoir que la décision informelle du 16 décembre 2014, entrée en force, est manifestement erronée, ce que conteste l'intimée. b. Par courrier du 16 décembre 2014, l'intimée a mis fin au versement des prestations au 31 janvier 2015, en se fondant sur les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_. Celui-ci, dans un rapport du 15 décembre 2014, a retenu que l'évolution de l'arthrodèse sous-talienne du 16 juin 2014 était tout à fait favorable. Subjectivement, le recourant évoquait des douleurs et des limitations fonctionnelles modérées. Objectivement, il y avait une diminution de la mobilité de la cheville droite. Il n'y avait aucune indication pour une reprise chirurgicale à l'heure actuelle. Le Dr J\_\_\_\_\_ a estimé, au vu de l'évolution de la dernière opération pour arthrodèse sous-talienne droite et de l'absence de complications, pouvoir procéder à

l'examen final. La reprise de l'ancienne activité d'aide-monteur électricien n'était pas exigible. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était entière. S'agissant des suites médicales à long terme, il proposait d'accepter trois bilans en 2015, puis un par année selon l'évolution. le dossier pouvait être clôturé.

A/2483/2017 - 12/14 - La Cour de céans constate que ce rapport satisfait aux conditions dégagées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical du recourant, prend en compte les plaintes de ce dernier et repose sur un examen et des observations cliniques. Ses conclusions sont claires et motivées. La Cour de céans relève en outre qu'à l'époque où ce rapport a été rendu, les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ n'étaient contredites par aucun autre élément au dossier. Au contraire, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin ayant procédé à l'intervention chirurgicale le 16 juin 2014, avait, dans son rapport du 27 octobre 2014, expliqué que le recourant suivait des séances de physiothérapie et que l'évolution était bonne. Ce médecin n'avait alors fait état d'aucune complication et n'avait proposé ni traitement particulier, ni investigations. Le recourant reproche au Dr J\_\_\_\_\_ d'avoir apprécié son état de santé sans disposer d'une radiographie de son pied et d'avoir conclu à tort que son état de santé était stabilisé. À la lecture des pièces versées à la procédure, force est en effet de constater que, postérieurement à l'intervention chirurgicale effectuée le 16 juin 2014, aucun bilan radiographique n'a été versé au dossier, excepté celui de janvier 2015. Cela étant, contrairement à ce qu'avance le recourant, le Dr J\_\_\_\_\_ a signalé dans son rapport que les documents radiologiques, et notamment une dernière radiographie effectuée en août 2014, étaient disponibles dans le dossier PACS de l'intimée (p. 3 rapport du 15 décembre 2014). En outre, il apparaît que le Dr J\_\_\_\_\_ s'est fondé sur cette dernière radiographie pour retenir que l'évolution de l'arthrodèse était tout à fait favorable, puisqu'il a expliqué que la consolidation semblait satisfaisante sur le bilan radiographique le plus récent (p. 4 rapport précité). À cet égard, on ajoutera que, dans la mesure où le docteur H\_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucune problématique concernant l'évolution de l'arthrodèse (cf. son rapport du 27 octobre 2014), force est d'admettre que le bilan radiographique effectué en août 2014 était effectivement satisfaisant, comme l'a retenu le Dr J\_\_\_\_\_. Par conséquent, les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ apparaissent convaincantes à l'époque et n'étaient contredites par aucun autre élément au dossier. Le recourant fait également valoir que la décision du 16 décembre 2014 est manifestement erronée puisque le scanner effectué le 22 janvier 2015 a révélé une non-consolidation de l'arthrodèse au niveau de la sous-talienne et la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale. Le Dr E\_\_\_\_\_ a certes expliqué que l'arthrodèse de juin 2014 s'était compliquée d'une pseudarthrose, confirmée par le scanner en question. Ce faisant, il a porté une appréciation différente sur la situation en se référant à des investigations effectuées en janvier 2015, soit postérieurement au courrier de l'intimée du 16 décembre 2014. Or, on rappellera qu'il convient d'examiner la situation (de fait et de droit) telle qu'elle se présentait au moment où l'intimée a rendu sa décision informelle, soit le

A/2483/2017 - 13/14 - 16 décembre 2014. Un nouvel examen sur la base d'une appréciation différente ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale. Le caractère inexact d'une appréciation doit résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels. Or, tel n'était pas le cas en l'espèce. Rien ne permet de retenir que l'intimée a statué sur la base d'un dossier manifestement insuffisant ou lacunaire ou qu'elle aurait fait un usage manifestement erroné de son pouvoir

d'appréciation. Il n'y avait en effet aucun élément médical divergent au dossier au moment où elle a rendu la décision informelle contestée. Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'intimée du 16 décembre 2014 ne saurait être qualifiée de manifestation erronée, de sorte qu'il n'y a pas de place pour une reconsidération. 10. Enfin, dans son écriture du 13 septembre 2017, le recourant conteste la date à laquelle l'intimée a fixé sa rechute (juillet 2015). On relèvera que, dans la mesure où la décision contre laquelle le recourant a interjeté recours porte exclusivement sur la reconsidération de la décision du 16 décembre 2014, la Cour de céans ne saurait se pencher ici sur l'examen de ce grief (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). 11. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2483/2017 - 14/14 - 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.