

GE_GERICHTE ATAS/443/2011 vom 13. April 2011

GE Cour de justice, 2011-04-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_443_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/443/2011 du 13 avril 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/443/2011 del 13 aprile 2011

Erwägungen

E. 43

Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 29 septembre 2010. Entendue à cette occasion, la recourante a précisé qu'elle avait travaillé dans des ateliers à faire des crayons lors de son stage aux EPI. Elle avait toutefois souffert de douleurs. Jusqu'au stage, elle pouvait travailler à 50%. Cependant, depuis lors, elle était totalement incapable de travailler. A cause de son problème dans le bras droit, elle avait toujours mal au dos et à la tête. Elle avait fait de la physiothérapie pour le bras et les douleurs cervicales. Avant l'accident, elle prenait un traitement antidépresseur prescrit par le Dr L_____, psychiatre. Ce praticien la suivait

A/2429/2010 - 10/18 - encore et lui prescrivait du Fluoxetine-mepha. Elle l'avait vu pour la dernière fois en 2009 et lui avait dit de diminuer les médicaments. Par ailleurs, elle souffrait de diabète depuis 2005 et prenait des médicaments antidiabétiques oraux ainsi que des médicaments contre l'hypertension. Le Dr G_____, qui avait été approché par son mandataire, devait lui faire parvenir un rapport. De son côté, l'intimé a confirmé ne pas disposer du rapport d'un psychiatre.

E. 44

Par courrier du 13 octobre 2010, la recourante a transmis au TCAS le rapport du Dr G_____ du 30 septembre 2010, dans lequel ce praticien estimait qu'en tant que médecin traitant, il n'était pas à même de se prononcer sur les conclusions de la Dresse K_____ et suggérait de faire appel à un médecin expert pour donner une interprétation objective à l'avis du SMR.

E. 45

Le 19 octobre 2010, le TCAS a informé les parties que la cause était gardée à juger.

E. 46

Par courrier du 3 décembre 2010, la recourante a transmis au TCAS un tirage du rapport du Dr G_____ du 23 novembre 2010, dans lequel ce praticien indiquait qu'elle présentait une complication postopératoire sous la forme d'une allodynie dans le territoire du cutané médical de l'avant-bras avec un syndrome douloureux à la pression, dont l'évolution, qui n'est pas jugée satisfaisante, a été prise en charge par l'équipe d'ergothérapie. Il ne pouvait proposer à la recourante une prise en charge plus avant pour cette symptomatologie douloureuse et demandait au service de douleur chronique de la voir en consultation. La reprise d'une activité professionnelle ne semblait pas envisageable en raison des douleurs qu'elle présentait de manière chronique, majorées par cette activité.

E. 47

Le 3 janvier 2011, l'intimé a demandé que le rapport du Dr G _____ soit écarté, dès lors qu'il a été produit après que la cause ait été gardée à juger. Cela étant, cette pièce a été soumise au SMR qui a considéré que ce certificat était superposable à celui du 22 juin 2010. Le SMR ne comprenait d'ailleurs toujours pas pourquoi une activité adaptée ne serait pas exigible à 100% malgré le bilan professionnel, les avis du SMR et de la SUVA et l'absence de pathologie psychiatrique associée à ces douleurs chroniques pouvant expliquer que l'assurée ne pourrait surmonter lesdites douleurs.

E. 48

La position de l'OAI a été transmise à la recourante et la cause gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des

A/2429/2010 - 11/18 - 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 3. Le litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 4. 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). 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 al. 1er LPGA). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à

A/2429/2010 - 12/18 - l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. 5. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. 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. 28 al. 2 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 130 V 384 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié aux ATF 133 V 545, et les références citées). Un abattement global 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 75 consid. 5). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent

A/2429/2010 - 13/18 - être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. La réduction des salaires ressortant des statistiques incombe en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 adopté 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 des assurances sociales 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 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. 6. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que

A/2429/2010 - 14/18 - l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. 7. 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de

preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 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

A/2429/2010 - 15/18 - 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) 9. a) En l'espèce, le dossier de l'intimé contient essentiellement les pièces médicales suivantes : – Les rapports du Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, des 16 mai 2007, 26 septembre 2007, 12 février 2008, 23 octobre 2008 et 11 novembre 2008. – Divers rapports d'imagerie (radiographies des genoux effectuées le 9 janvier 2007, arthro-IRM de l'épaule du 21 mai 2007, radiographies des coudes du 7 février 2008, radiographie du coude du 9 février 2010). – Les rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA, soit ceux du Dr D _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, des 22 juin 2007 et 6 février 2008 et celui du Dr J _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 20 avril mai 2010. – Les rapports de spécialistes en neurologie et électroneuromyographie, soit le courrier du Dr F _____ du 10 décembre 2008 et le rapport du Dr I _____ du 9 mars 2010. – Les rapports de la Dresse H _____, spécialiste en médecine générale, des 4 août 2009 et 23 septembre 2009. – Le rapport du Dr G _____, spécialiste en matière de chirurgie de la main, du 28 décembre 2009. En cours de procédure, le Dr G _____ a encore établi deux rapports datés des 22 juin et 23 novembre 2010. b) A titre liminaire, la Cour de céans se prononcera sur la recevabilité du rapport du Dr G _____ du 23 novembre 2010, qui lui a été transmis après que la cause ait été gardée à juger. En effet, se référant aux arrêts non publiés du Tribunal fédéral 2P.93/2004 du 14 octobre 2004 et 8D_4/2009 du 3 mars 2010, l'intimé estime que cette pièce doit être écartée, la recourante ayant renoncé, par acte concluant, à son droit de produire d'autres moyens de preuve en ne réagissant pas à la communication du 19 octobre 2010, par laquelle les parties étaient informées que la cause était gardée à juger. Dans son arrêt 2P.93/2004 du 14 octobre 2004, auquel l'OAI s'est notamment référé, le Tribunal fédéral avait rappelé que les termes « la cause est gardée à juger » signifiait selon les usages en vigueur dans le canton de Genève, que l'instruction est close. Dans le cas qui lui était soumis, la partie recourante avait transmis au Tribunal administratif, moins d'un mois après la communication selon

A/2429/2010 - 16/18 - laquelle la cause était gardée à juger, une écriture supplémentaire à laquelle étaient jointes 11 pièces. Ces pièces ont été restituées à la recourante. Dans son arrêt précité, le Tribunal fédéral avait considéré qu'il y avait lieu d'admettre qu'en ne

réagissant pas au courrier, par lequel les parties étaient informées que l'affaire était gardée à juger, la recourante avait renoncé par acte concluant à son droit de produire d'autres moyens de preuve, de sorte que l'autorité intimée était par la suite fondée à refuser d'administrer de tels moyens sans violer son droit d'être entendue. Dans le cas d'espèce, la Cour de céans constate que le rapport du Dr G_____ date du 23 novembre 2010 et qu'il a été établi, à la demande de la patiente, postérieurement au 19 octobre 2010, date à laquelle les parties ont été informées que l'affaire était gardée à juger. Cela étant, contrairement à ce qu'indique le représentant de la recourante, le certificat ayant été remis en main propre à cette dernière, il ne peut avoir été établi suite à la demande formulée par le représentant avant l'audience de comparution personnelle du 29 septembre 2010, ce d'autant plus que la réponse avait été donnée par courrier du 30 septembre 2010, transmise à la Cour de céans le 13 octobre 2010. Il apparaît par conséquent que la recourante a sciemment sollicité ce rapport du Dr G_____ du 23 novembre 2010 plus d'un mois après que l'affaire ait été gardée à juger, sans réagir à la communication du 19 octobre 2010 au préalable. Par conséquent, elle a renoncé à son droit de faire administrer d'autres preuves de sorte que le rapport du Dr G_____ du 23 novembre 2010 doit être écarté. A cela s'ajoute le fait que ce rapport ne porte que sur les atteintes au coude, atteintes qui ont déjà fait l'objet de plusieurs avis médicaux circonstanciés, et pour lesquelles le SMR a retenu des limitations fonctionnelles. Cette pièce n'était dès lors pas pertinente pour la résolution du présent litige.

c) Cela étant précisé, force est de constater qu'au jour de la décision querellée, l'aspect tant orthopédique que neurologique, limité cependant au niveau du membre supérieur, a été investigué à satisfaction de droit, tous les médecins se rejoignant en substance sur les diagnostics, l'incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle et les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée. Par contre, contrairement aux médecins d'arrondissement de la SUVA, aucun des médecins traitants de la recourante ne s'est prononcé sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Cela étant, la Cour de céans constate que dans son rapport final du 20 mai 2010, le Dr J_____ a relevé que le diabète dont souffrait la recourante, la problématique anxio-dépressive traitée ou encore une composante cervicale pouvaient entraîner un effet sur l'évolution des douleurs. Cependant, ces atteintes ne relèvent pas de l'assurance-accidents de sorte que ce praticien n'a pas procédé à de plus amples examens. Il a également mentionné l'existence de troubles douloureux chronifiés. Les douleurs aux dos et à la tête ainsi que l'existence d'un A/2429/2010 - 17/18 - précédent suivi psychiatrique ont d'ailleurs été confirmés par la recourante lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 29 septembre 2010. Bien que le Dr J_____ ait soulevé les éléments précités, l'intimé n'a pas mené d'investigations complémentaires avant de rendre la décision querellée, alors qu'il lui appartenait de le faire. En effet, si une composante cervicale explique les douleurs invoquées par la recourante, il ne peut être exclu que cela puisse entraîner une appréciation différente de la capacité de travail dans l'activité habituelle voire dans une activité adaptée. Dans le même ordre d'idées, l'existence d'une pathologie psychiatrique associée aux douleurs invoquées pourrait le cas échéant expliquer les raisons pour lesquelles l'assurée ne peut surmonter lesdites douleurs. Ainsi, les problématiques d'une atteinte cervicale et d'une maladie psychiatrique n'ayant pas été investiguées à satisfaction de droit, l'intimé ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en toute connaissance de cause de sorte que la décision querellée repose sur un état de faits incomplet et doit, par conséquent, être annulée. 10. Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit

renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la 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 judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, la Cour de céans estime qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire portant sur l'existence d'une atteinte cervicale et d'une maladie psychiatrique. A l'issue de cette mesure complémentaire, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit aux mesures de réadaptation et à la rente. 11. La procédure en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

A/2429/2010 - 18/18 - 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.