

GE_GERICHTE ATAS/45/2020 vom 27. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_45_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/45/2020 du 27 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/45/2020 del 27 gennaio 2020

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 - 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). Compte tenu de la date de la décision administrative en cause (le 4 juin 2018), qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il y a lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) dans sa teneur du 1er décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette

A/2345/2018 - 19/30 - modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). Le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1er janvier

2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10).

E. 5

Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente de l'assurance- invalidité. Il s'agit, singulièrement, de déterminer son statut et donc le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité et, plus particulièrement, le taux auquel elle exercerait une activité professionnelle sans atteinte à la santé.

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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 8

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/2345/2018 - 20/30 - let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde

sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin

A/2345/2018 - 21/30 - traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 9

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).

E. 10

En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise du 12 janvier 2017, établi par le Dr F_____ – dont la valeur probante n'est pas contestée par la recourante et n'apparaît pas contestable –, que cette dernière souffre de cervico-dorso-lombalgies aspécifiques chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs (soit une discopathie de L2 à S1; une hernie discale L2-L3 foraminale et extraforaminale gauche; une arthrose facettaire L3 à S1; une ostéochondrose de Modic II en L3-L4 et en L5-S1; et une cervicarthrose C5-C6 avec rétrécissement du trou de conjugaison gauche) – les lombalgies intermittentes existaient depuis 2006 –, ainsi qu'une légère épicondylite droite depuis 2014. Selon l'expert, la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans son activité habituelle de fleuriste et de 90 % – compte tenu d'une baisse de rendement de 10 % – dans une activité adaptée qui respecte ses limitations fonctionnelles (à savoir éviter le port ou le soulèvement de charges de plus de 5 kg, de même que les mouvements répétitifs de la nuque en flexion/extension et en rotation, alterner les positions debout et assise), ce depuis la date de l'expertise, soit le 10 janvier 2017. Dans son rapport du 9 mars 2017, le Dr D_____, médecin traitant, a confirmé ces diagnostics (« les cervico-dorso-lombalgies chroniques sur discopathies étagées et l'épicondylite droite persistaient ») et ajouté celui de tendinopathie de la coiffe de l'épaule droite depuis fin 2016. Il a estimé que la capacité de travail de la recourante est supérieure à 50 % dans une activité adaptée et qu'il est superflu de mettre sur pied un examen médical complémentaire pour déterminer les conséquences de l'atteinte à la santé de la recourante sur sa capacité de travail, puisqu'une expertise avait déjà été réalisée en janvier 2017. Le Dr D_____ partage donc les conclusions de l'expert.

A/2345/2018 - 22/30 - La chambre de céans retient par conséquent que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de fleuriste et de 90 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, dès le 10 janvier 2017.

E. 11

Reste à déterminer le statut de la recourante; la position des parties diverge sur ce point.

E. 12

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334

consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du

E. 17

février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 13. a. En l'espèce, l'intimé considère que la recourante n'aurait exercé qu'une activité partielle à 50 %, ce qui implique le recours à la méthode mixte d'évaluation. Pour sa part, celle-ci soutient qu'elle aurait travaillé à plein temps, sans atteinte à la santé et, partant, se prévaut de l'application de la méthode ordinaire de la comparaison des revenus.

A/2345/2018 - 23/30 - b. La recourante, au bénéfice d'une formation dans le secteur artistique (graphisme), a travaillé dès le 1er janvier 1994 au sein de l'entreprise familiale de son époux, où elle a acquis les compétences du métier de fleuriste, et est devenue au fil du temps fleuriste responsable du magasin. Selon le contrat de travail du

E. 20

décembre 1993, son horaire de travail était de 16 heures hebdomadaires. Lors de l'audience de comparution personnelle, elle a déclaré que son taux d'activité variait en fonction des périodes afin de pouvoir s'occuper de ses deux enfants. À compter du 1er janvier 2014, le temps de travail hebdomadaire a augmenté à 25 heures. Compte tenu des revenus soumis à cotisations, ressortant de son compte individuel, qui évoluent progressivement à la hausse entre CHF 19'200.- (en 1994) et CHF 42'000.- (en 2014), étant relevé que l'horaire de travail usuel dans l'entreprise à plein temps est de 42 heures par semaine (cf. questionnaire pour l'employeur du 29 février 2016), force est de constater que la recourante, depuis son engagement, a toujours exercé une activité salariée à temps partiel jusqu'au 19 juillet 2015, date où est survenue une incapacité de travail – consécutive à une chute ayant entraîné une contusion lombaire, dorsale et thoracique – qui s'est achevée le 9 août 2015. Il ressort des pièces médicales que la recourante souffre de lombalgies intermittentes depuis 2006 dans le contexte de troubles dégénératifs. Son médecin traitant a attesté une incapacité de travail de 50 % pour des raisons somatiques (cervicodorsalgies) à partir du 16 octobre 2015 seulement. Or, entre 2009 et 2014, alors que la recourante n'avait subi aucune incapacité de travail, médicalement attestée, et que ses enfants étaient suffisamment autonomes – leur âge oscillait respectivement entre 15/21 ans et 16/22 ans, soit des âges qui ne requéraient pas que leur mère leur consacre tout son temps, permettant ainsi à cette dernière d'augmenter son taux d'activité jusqu'à 100 % –, elle n'a pas travaillé au-delà du temps de travail partiel. Il paraît ainsi hautement vraisemblable qu'elle se contentait d'une activité à temps partiel. En outre, la recourante n'a pas allégué ni établi que les revenus tirés de son activité exercée à temps partiel ne suffisaient pas pour couvrir ses besoins. Elle n'a pas non plus signalé que

son ménage a été ou serait confronté à une situation financière difficile la contraignant à augmenter ses revenus. Enfin, les motifs avancés par la recourante dans son recours pour fonder une hypothétique reprise d'activité à temps complet, sans atteinte à la santé, ne permettent pas de lui reconnaître un statut de personne active. Elle explique avoir augmenté son taux de travail à 100 % dès le 1er octobre 2015 en raison du burnout dont son époux a souffert et de la mise en place du nouveau magasin, taux d'activité qu'elle aurait maintenu compte tenu du développement futur de la nouvelle arcade. Certes, le contrat de travail de la recourante a été modifié le 25 septembre 2015 avec effet au 1er octobre 2015, date à compter de laquelle son temps de travail contractuel a passé à 42 heures hebdomadaires, soit un plein-temps. Dans le questionnaire du 29 février 2016, l'employeur (c'est-à-dire l'époux) indique qu'elle

A/2345/2018 - 24/30 - a effectivement travaillé à 100 % du 1er au 15 octobre 2015, soit pendant deux semaines seulement, période durant laquelle elle ne subissait aucune incapacité de travail, médicalement attestée. Il est également vrai qu'AXA Winterthur, assurance- maladie collective de l'employeur, a, suite à l'entretien du 16 septembre 2016 qu'elle a eu avec l'époux, accepté d'augmenter le salaire annuel assuré de la recourante à CHF 78'000.- contre CHF 42'000.- auparavant (cf. les décomptes de prestations des 24 novembre 2015 et 30 octobre 2017). La décision d'AXA Winterthur ne lie cependant pas l'intimé, chargé d'appliquer la loi en matière d'assurance-invalidité. Cela étant, lors de l'enquête économique pour activité professionnelle indépendante le 23 février 2018, qui a eu lieu après l'ouverture de la nouvelle arcade en août- septembre 2017, la recourante a déclaré avoir augmenté son temps de travail à plein temps dès le 1er octobre 2015 en raison de l'incapacité de travail de son époux. Elle n'a évoqué ni la rénovation ni le développement futur de la nouvelle arcade comme motifs d'augmentation de son taux d'activité (contractuel) ; ceux-ci n'ont été invoqués qu'au stade du recours, de sorte qu'il convient de s'en tenir à ses premières déclarations à ce sujet (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a). Du reste, à l'occasion de l'entretien du 16 septembre 2016 avec AXA Winterthur, l'époux avait également affirmé que c'était en raison de son burnout que son épouse avait repris l'activité de gestion au magasin à plein temps pour lui permettre de se remettre de sa maladie. C'est dire qu'à défaut d'atteinte à la santé de l'époux, le couple n'aurait pas envisagé une modification du contrat de travail de la recourante le 25 septembre 2015, date à compter de laquelle celui-là a effectivement présenté une capacité de travail nulle jusqu'au 31 janvier 2016 suite à un état anxio-dépressif. Toutefois, la capacité de travail de l'époux a été de 70 % dès le 1er février 2016, puis totale à partir du 1er avril 2016 (cf. rapport du Dr H_____ du 24 octobre 2016), soit bien avant le moment déterminant du prononcé de la décision litigieuse le 4 juin 2018. En d'autres termes, à ce moment, le motif ayant conduit à l'augmentation du taux d'activité de la recourante avait disparu. De toute manière, il est peu vraisemblable que la mise en place du nouveau magasin ait nécessité la collaboration continue de la recourante à 100 %. Les activités que cette dernière effectue au sein de l'entreprise de son mari sont d'ordre artistique et non administratif (cf. procès-verbal de comparution des parties du 11 février 2019). Elle n'exerce aucune fonction dirigeante (cf. rapport d'enquête économique du 2 mars 2018). Dans son recours, elle explique que, dans le cadre de la transition avec la nouvelle arcade, elle devait se charger de l'aménagement intérieur, de la décoration, du développement du nouveau concept avec notamment le choix du gérant pour le lounge café, de la création du logo, de la couverture médiatique et publicitaire ainsi que du déménagement de l'atelier à l'arcade. Or, ces activités, qui entrent dans le domaine de compétence artistique de la recourante, sont par

essence temporaires, puisqu'elles précédaient l'ouverture de la nouvelle arcade. Si, on ne peut exclure qu'en vue de l'aménagement de cette arcade, la

A/2345/2018 - 25/30 - recourante a pu collaborer au-delà de son horaire de travail habituel, en revanche, une fois que les nouveaux locaux ont été décorés, le gérant choisi, le logo créé, l'atelier déménagé et la publicité réalisée, l'arcade était prête à être exploitée et ces travaux-ci n'étaient plus nécessaires (hormis peut-être la publicité qui à elle seule ne requiert pas un plein-temps). Enfin, l'affirmation, selon laquelle l'augmentation du temps de travail de la recourante sur le long terme était justifiée par le fait que le développement de la nouvelle arcade allait générer, ce qu'espérait le couple, un accroissement du chiffre d'affaires, n'est pas convaincante, car spéculative. En effet, dans la mesure où cette dernière a toujours travaillé à temps partiel (excepté pendant une très brève période du 1er au 16 octobre 2015) et souffre, sur le plan subjectif, de douleurs au dos qui remontent à une date antérieure aux années 2009- 2015, période durant laquelle les époux ont eu l'idée de créer un nouveau concept (comprenant un lounge café) dans de nouveaux locaux, il est invraisemblable qu'ils aient envisagé durant ces années-ci que l'état de santé de la recourante lui aurait permis de travailler ultérieurement à plein temps dans l'éventualité d'une hausse de la clientèle. De surcroît, lors du prononcé de la décision litigieuse en juin 2018, il était encore trop tôt pour constater si le chiffre d'affaires était majoré – auquel cas la recourante aurait le cas échéant collaboré davantage –, puisque la nouvelle arcade n'était ouverte que depuis août-septembre 2017 ; la durée de ce commerce était donc inférieure à une année. c. De ces éléments, on déduit que la recourante doit être considérée, selon le degré de vraisemblance prépondérante, comme une personne qui, sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité lucrative à temps partiel au moment où la décision litigieuse a été rendue. En ce qui concerne la pondération de la sphère professionnelle et des travaux ménagers, la recourante, sous la plume de son conseil, soutient, à titre subsidiaire, qu'elle devrait être de 60 %, respectivement de 40 %, sans en expliquer les motifs. Son raisonnement découle sans doute de la modification du contrat de travail du

E. 22

La recourante obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 500.-. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

A/2345/2018 - 30/30 - 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.