

GE_GERICHTE ATAS/518/2009 vom 5. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_518_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/518/2009 du 5 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/518/2009 del 5 maggio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale 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

A/4160/2008 - 11/20 - 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 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 décision litigieuse a été rendue le 22 octobre 2008 et les faits déterminants remontent à juin 2004. Par conséquent, la LPGA ainsi que les modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (4ème révision), sont applicables.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a retenu une incapacité de travail de 40% dans la précédente activité de jardinier, un degré d'invalidité de 40% et refusé à l'assuré des mesures d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement.

E. 5

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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

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 la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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

A/4160/2008 - 12/20 - 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 qu'enfin, 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 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]). 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. Étant 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). Le Tribunal fédéral a jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). 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).

A/4160/2008 - 13/20 -

E. 6

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).

E. 7

En l'espèce, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire auprès de la CRR, soit à des consultations psychiatrique, otoneurologique, rhumatologique, neuro-psychologique et à une évaluation posturographique ainsi qu'à une évaluation en ateliers professionnels. Le Dr H_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu, en date du 9 mai 2008, son rapport d'expertise basé sur cette évaluation multidisciplinaire, l'examen de l'assuré, la lecture du dossier AI et un entretien de synthèse. Une imagerie de la colonne lombaire face-profil a également été effectuée. Les experts ont retenu les diagnostics de modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), d'hypovalence vestibulaire droite d'origine indéterminée, ayant tous deux une répercussion sur la capacité de travail ainsi que de troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire, modérés, n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont conclu que l'activité précédente de jardinier n'était plus exigible, attendu que l'assuré ne pouvait plus monter sur des échelles, des échafaudages ou des arbres. La capacité résiduelle de travail était de 60% dans toute activité pour autant qu'elle soit exercée uniquement au sol. Il n'y avait pas de diminution de rendement dans une telle activité. Le début de l'incapacité de travail de longue durée était situé au mois de juillet 2004. Les limitations fonctionnelles concernaient, d'une part, le travail en hauteur en raison de la présence de l'hypovalence droite et, d'autre part, les conséquences de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. La réadaptation professionnelle était envisageable dans toute profession n'impliquant pas de travail en hauteur. Le rapport du Dr H_____ se fonde sur un entretien de synthèse avec les divers spécialistes ayant examiné ou rencontré l'assuré durant son séjour à la CRR ainsi que sur son dossier, une anamnèse détaillée et ses plaintes. Les constatations objectives sont également exposées et l'expert a renvoyé aux divers autres rapports et évaluations concernant les résultats des examens qui n'étaient pas de sa compétence. Les examens ont ainsi porté tant sur les atteintes somatiques de l'assuré, que sur ses vertiges, ses troubles psychiques, ainsi que sur ses capacités neuropsychologiques et professionnelles. L'appréciation de la situation médicale, prenant en considération tous ces paramètres, est complète et claire et les conclusions sont motivées. En effet, l'expert a tout d'abord exposé les raisons

A/4160/2008 - 14/20 - l'amenant à conclure qu'il n'existait aucune incapacité de travail d'un point de vue ostéo-articulaire, ce qui concordait du reste avec les déclarations de l'assuré, et a expliqué ses difficultés sur le plan cognitif, tout en relevant que ses performances cognitives n'étaient pas perturbées et que la plupart des fonctions investiguées étaient normales. L'expert a également pris en considération les conséquences des vertiges de l'assuré sur les activités qu'il pouvait effectuer et a conclu que c'était uniquement pour des raisons liées à son état de santé psychique que sa capacité de travail était diminuée. Les conclusions de l'expertise apparaissent ainsi convaincantes et il n'existe pas d'indices permettant de remettre en cause leur bien-fondé. Le Tribunal considère ainsi que le rapport d'expertise présente a priori pleine valeur probante.

E. 8

L'assuré n'est toutefois pas du même avis. Il considère tout d'abord que son ralentissement idéomoteur, ses difficultés de coordination manuelle et sa lenteur n'ont été pris en compte ni dans l'expertise psychiatrique ni dans le reste de l'expertise. Il y a lieu de constater qu'il s'agit de constatations neuropsychologiques et qu'elles ont tout d'abord été prises en considération dans le rapport final du Dr H_____. Pour établir son rapport, ce dernier s'est en effet basé sur l'examen neuropsychologique et a notamment relevé qu'outre un ralentissement idéomoteur en lien avec la souffrance psychique, il n'y avait ni de perturbation des performances cognitives de l'assuré ni de séquelle de traumatisme crâniocérébral, de sorte qu'un bilan neuroradiologique n'avait pas été effectué. Il ressort également des constatations objectives de l'expert psychiatre qu'il existait un ralentissement psychomoteur à l'évocation des souvenirs traumatiques de la guerre, de sorte qu'il s'agit manifestement d'un élément pris en compte par le psychiatre et qui présente un lien avec le diagnostic psychiatrique posé de modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe. Au vu de ce qui précède, il apparaît ainsi que les médecins n'ont pas fait abstraction, dans leur appréciation, des troubles neuropsychologiques de l'assuré, qui présentait, du reste, d'après le rapport neuropsychologique, des performances cognitives satisfaisantes ainsi que des fonctions cognitives se situant dans la normale. L'évaluation en ateliers professionnels avait également démontré que l'assuré comprenait les consignes et était susceptible de reprendre une activité.

E. 9

Par ailleurs, l'assuré fait valoir que l'expert psychiatre n'a pas indiqué pour quelle raison la violence physique n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Le Tribunal constate que l'expert psychiatre a décrit la violence physique de l'assuré et son irritabilité tant dans l'anamnèse que dans ses observations cliniques et s'est également entretenu à ce sujet avec le psychiatre traitant. Elle a retenu un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe pouvant notamment comprendre une irritabilité ou un comportement

A/4160/2008 - 15/20 - agressif (CIM 10, p. 119ss, F62.0) et a souligné qu'il existait une forte composante comportementale dans la psychopathologie présentée par l'assuré. La violence fait manifestement partie du diagnostic posé ayant justifié une incapacité de travail de 40% et a donc été prise en considération.

E. 10

L'assuré allègue enfin qu'il n'était pas capable d'effectuer lui-même les tâches domestiques comme relevé par l'expert psychiatre. Il a précédemment été établi qu'aucun élément ne

pouvait faire douter le Tribunal de céans de l'impartialité des experts, de sorte qu'on ne voit pas comment l'expert psychiatre aurait rapporté ce fait, si l'assuré n'avait pas fait de telles déclarations. L'argumentation de l'assuré ne saurait être suivie sur ce point.

E. 11

La Dresse F _____, psychiatre traitant, n'a pas retenu les mêmes diagnostics que les experts et a considéré à plusieurs reprises que la capacité de travail de l'assuré était nulle. Ses rapports ne font cependant pas état d'éléments objectivement vérifiables qui n'auraient pas été pris en considération par le rapport d'expertise et qui pourraient remettre en cause ses conclusions. En effet, les diagnostics posés par la psychiatre traitant sont compris dans celui retenu par l'expert. De plus, elle a considéré que c'était principalement en raison de son repli social et de son agressivité qu'elle imaginait difficilement que l'assuré puisse reprendre une activité lucrative ; or, ces éléments ont également été discutés dans le cadre de l'expertise. Enfin, dans son courrier du 3 septembre 2008, la Dresse F _____ n'a pas précisé dans quelle mesure l'assuré était susceptible de travailler, se bornant à indiquer que l'augmentation de la sédation diminuerait encore plus sa capacité de travail et son rendement, ce qui laisse penser que le médecin considère que son patient présentait une certaine capacité de travail sans toutefois la déterminer. Ainsi, au vu de ce qui précède et du fait que la Dresse F _____ est le psychiatre traitant de l'assuré, qui serait susceptible, d'après la jurisprudence, de prendre parti pour lui en raison de la relation de confiance qui l'unit à lui, le Tribunal considère qu'il n'a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise. Les Dr C _____ et D _____ ont, quant à eux, posé des diagnostics similaires à ceux retenus par les experts et n'ont pas établi de rapports suffisamment étayés ou motivés pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Il sera ainsi retenu que le rapport d'expertise multidisciplinaire a pleine valeur probante et que l'assuré présente une capacité de travail de 60% dans toute activité lucrative sans travail en hauteur. Au demeurant, l'assuré se rend une à trois fois par année en Macédoine dans la voiture d'un compatriote et entretient des contacts réguliers avec son neveu, un ami et avec sa famille en Macédoine. Ces circonstances confortent le Tribunal de céans

A/4160/2008 - 16/20 - dans le fait que l'assuré a plus de contacts avec l'extérieur qu'il souhaiterait le laisser croire et que son état de santé psychique lui permettrait vraisemblablement de sortir de chez lui et d'exercer une activité lucrative à temps partiel. Les vertiges sont apparus durant l'année 1996. Or, force est de constater que malgré ces vertiges, l'assuré a exercé une activité lucrative jusqu'en juin 2004, de sorte qu'on ne voit pas comment ils pourraient l'empêcher actuellement de travailler. Une prise en charge physiothérapeutique pourrait du reste être entreprise, comme requis par les experts, afin d'améliorer le rééquilibrage de ses différentes entrées sensorielles.

E. 12

Reste encore à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré.

E. 13

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. Selon l'art. 29 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, 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). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

E. 14

En l'espèce, les experts ont retenu que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 60 % dans toute activité pour autant qu'elle soit exercée uniquement au sol. Ils ont en effet considéré qu'en raison de l'hypovalence vestibulaire droite, l'assuré n'était plus en mesure d'effectuer une activité en hauteur, de sorte que la profession de jardinier n'était plus exigible, l'assuré ne pouvant plus monter sur des échelles, des échafaudages ou des arbres. Les limitations fonctionnelles concernaient ainsi le travail en hauteur ainsi que les conséquences de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Dans un rapport subséquent, la Dresse G _____, médecin du SMR, a constaté que la capacité de travail de l'assuré était certes de 60% dans une activité lucrative adaptée, mais qu'elle était également de 60% dans l'activité de jardinier sans travail en hauteur. Il apparaît que l'activité de jardinier est très variée, elle ne consiste pas uniquement à élaguer des arbres, mais également, par exemple, à tondre le gazon, désherber, appliquer les engrais et antiparasitaires, nettoyer, préparer les plantations ou les

A/4160/2008 - 17/20 - surfaces à ensemercer, aménager les espaces prévus pour différentes sortes de plantes, choisir les espèces à planter, préparer des cultures en serres ou encore préparer et nettoyer l'outillage nécessaire. Le Tribunal considère ainsi qu'il existe quantité d'activités que l'assuré pourrait exercer en tant que jardinier sans effectuer de travail en hauteur et sans utiliser des engins qu'un manque de coordination proscrirait. Par conséquent, l'assuré peut, comme l'a prévu le médecin du SMR, exercer à 60% l'activité de jardinier.

E. 15

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (ATF I 43/05). En l'espèce, attendu que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% dans toute activité lucrative, son degré d'invalidité s'élève également à 40%, degré d'invalidité ouvrant à l'assuré le droit à un quart de rente. Bien que les experts ont fixé le début de l'incapacité durable de travail au 1er juillet 2004, il ressort clairement du dossier que l'assuré a subi un accident professionnel le 24 juin 2004, suite à quoi il a dû arrêter de travailler. Le début du délai d'attente d'une année est ainsi fixé au 24 juin 2004, de sorte que le droit de l'assuré à un quart de rente débute en date du 1er juin 2005, conformément à l'art. 29 al. 2 LAI. L'OCAI sera dès lors invité à rendre une décision relative à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1er juin 2005.

E. 16

Il y a finalement lieu de déterminer si l'assuré peut être mis au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel, soit plus spécifiquement d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession.

E. 17

À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi,

A/4160/2008 - 18/20 - selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

E. 18

Une mesure de réadaptation telle qu'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être envisagée en l'espèce, attendu qu'il a précédemment été établi que l'assuré était susceptible d'exercer son ancienne profession de jardinier. La décision de l'OCAI sera ainsi confirmée sur ce point.

E. 19

Toutefois, la mesure d'aide au placement prévue par l'art. 18 al. 1 LAI fait également partie des mesures de réadaptation prévues par l'article 8 LAI. Cette mesure tend à favoriser directement la réadaptation dans la vie active et peut comprendre une courte période d'observation ainsi que d'entraînement au travail. C'est une telle mesure qu'il conviendra de mettre en œuvre en faveur de l'assuré. Ainsi, au vu de son état de santé psychique justifiant une incapacité de travail de 40%, l'OCAI sera invité à solliciter du service de réadaptation - ou des établissements publics pour l'intégration (EPI), si le dossier leur est confié - d'aider l'assuré à atteindre un taux d'activité de 60% et de lui apporter le soutien nécessaire dans ses recherches d'emploi.

E. 20

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI dans sa teneur à partir du 1er juillet 2006, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumis à des frais de justice. Le montant des frais est

A/4160/2008 - 19/20 - fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1000 francs. En l'espèce toutefois, vu la réadaptation accordée à l'assuré, il sera renoncé à la perception d'un émolument.

A/4160/2008 - 20/20 -

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