

GE_GERICHTE ATAS/639/2015 vom 31. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_639_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/639/2015 du 31 août 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/639/2015 del 31 agosto 2015

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), en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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

A 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.

E. 3

Le recours a été formé dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c art. 60 et 61 let. b LPGA). Il est par conséquent recevable.

E. 4

L'objet du litige est le bien-fondé de la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant.

E. 5

a. 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). Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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.

A/2089/2014 - 10/17 - b. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200; arrêts 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 du 4 septembre 2013). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

A/2089/2014 - 11/17 - Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

E. 6

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 7

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 LPG), 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

A/2089/2014 - 12/17 - Le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). En particulier la documentation médicale établie après la décision attaquée ne peut être prise en compte que dans la mesure où elle permet une meilleure compréhension de l'état de santé de l'intéressé jusqu'au moment de la décision entreprise. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

E. 8

a. En l'espèce, par décision du 26 septembre 2006, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité fondée sur une incapacité de travail moyenne de 80 %. Le 5 mars 2008, il a constaté que le degré d'invalidité de l'assuré n'avait pas changé au point d'influer son droit à la rente qu'il percevait. La Dresse C _____ a informé l'OAI, dans un rapport du 2 février 2013, qu'il y avait eu un changement de diagnostic, le patient ayant développé un cancer cutané. Les limitations fonctionnelles observées étaient, à ce jour, essentiellement d'ordre psychiatrique, avec une intolérance au stress et à la frustration. La capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans le poste de travail occupé en tant que jardinier et il était encore actuellement trop fragile, du point de vue psychiatrique, pour reprendre un travail. Entendue par la chambre de céans, la Dresse C _____ a indiqué qu'elle pensait avoir fait une erreur dans le rapport précité et qu'elle avait utilisé le terme "capacité" au lieu d'"incapacité" de travail. De manière générale, les personnes qui avaient été transplantées du foie avaient une fatigabilité particulière qui entraînait une limitation de la capacité de travail de 30 % au moins. S'agissant de l'assuré, dans la mesure où son foie fonctionnait bien en 2013, on pouvait retenir une limitation de 30 % de la capacité de travail, en raison de l'effet des médicaments immunosuppresseurs. La Dresse C _____ a également évoqué, lors de son audition par la chambre de céans, une capacité de travail de 50 % de l'assuré, en se référant essentiellement à son problème psychologique, mais aussi à la prise de poids et à son déconditionnement. La Dresse C _____ a précisé ensuite à la chambre de céans que lorsqu'elle avait dit que l'assuré pouvait travailler à 50 %, c'était sans considérer ses problèmes psychiques, contrairement au Dr E _____, qui lui, mentionnait une capacité de travail de 30 %, ce qui expliquait la différence.

A/2089/2014 - 13/17 - Elle a encore indiqué que le travail de jardinier, qui exposait l'assuré au soleil, n'était pas bon pour lui, du fait des cancers de la peau qu'il avait développés en raison des médicaments immunodépresseurs. La chambre de céans retient pour établi, avec un degré de vraisemblance prépondérante, que l'assuré avait, en février 2013, une incapacité de travail de l'ordre de 30 %, en raison des conséquences de sa greffe de foie, soit une asthénie liée à la prise des médicaments immunodépresseurs, sur la base des premières déclarations de la Dresse C _____ devant elle, qui étaient claires et spontanées. Le fait que ce médecin ait fait une erreur dans son rapport du 2 février 2013 à l'OAI, en mentionnant le terme "capacité" au lieu "d'incapacité" de travail, n'est pas de nature à faire douter de la valeur de son appréciation du cas, vu les explications données sur ce point. Le fait que la Dresse C _____ ait également indiqué à la chambre de céans une capacité de travail de l'assuré de 50 % ne remet pas sérieusement en doute la capacité de travail de 70 % évoquée dans un premier temps car la Dresse C _____ a justifié la capacité de travail à 50 %, essentiellement par les problèmes psychologiques de l'assuré. En effet, cette dernière n'étant pas spécialiste en psychiatrie, son appréciation sur les conséquences des problèmes psychologiques de l'assuré n'emporte pas conviction. La Dresse C _____ s'est ensuite contredite en précisant qu'elle avait parlé d'une capacité de travail de 50 %, sans considérer les problèmes psychiques de l'assuré. Cette contradiction s'explique par le fait que, confrontée aux conclusions de son collègue, le Dr E _____ - qui ne correspondaient pas aux siennes - elle a manifestement tenté de les faire concorder. Les dernières déclarations de la Dresse C _____ ne remettent pas sérieusement la capacité de travail évoquée en premier lieu par cette dernière en lien avec son domaine de compétence, ce d'autant plus qu'elles sont également en contradiction avec la teneur de son rapport à l'OAI du 2 février 2013, dans lequel la doctoresse retenait que les limitations de l'assuré étaient essentiellement d'ordre psychiatrique. Sur questions de la chambre de céans, le Dr E _____ a indiqué, le 16

avril 2015, que du point de vue des limitations fonctionnelles, l'assuré présentait une fatigue qui était difficile à évaluer et qu'il estimait sa capacité de travail à 30 %, baisse de rendement incluse, sans tenir compte d'éventuels problèmes psychiques. Cet avis médical, qui date de 2015 - soit après la décision de l'OAI et l'enquête effectuée par ce dernier sur la situation - n'emporte pas conviction, dès lors que le Dr E_____ a indiqué, dans un courrier adressé le 4 juillet 2014 au conseil de l'assuré, que la capacité de travail de ce dernier était toujours de 30 %, en raison de problèmes divers, et notamment d'ordre psychique. Le psychiatre qui a suivi l'assuré à partir du mois de février 2012, le Dr F_____, a estimé, le 11 juin 2013, que dès la fin de l'année 2012, après une hospitalisation à la clinique genevoise de Montana, l'état de celui-ci s'était globalement amélioré et

A/2089/2014 - 14/17 - qu'il n'avait plus de limitations fonctionnelles en lien avec son état anxio-dépressif et sa dépendance à la cocaïne. Sa capacité de travail existait dans le travail effectué auparavant ou un autre. L'avis médical de ce médecin est déterminant parce qu'il a suivi le patient de manière régulière pendant environ deux ans. Il est en outre confirmé par les déclarations de l'assuré, qui a indiqué à la chambre de céans que, suite à sa cure à la clinique Montana, il avait cessé de prendre de la cocaïne et que, sous réserve d'une courte rechute, il allait beaucoup mieux psychologiquement. Le Dr G_____ a indiqué, le 3 juillet 2014, au conseil de l'assuré, qu'actuellement, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de ce dernier était de 0 %. Cet avis médical ne remet pas sérieusement en cause celui de Dr F_____, dès lors qu'il a été établi après la décision de l'OAI et qu'il fait essentiellement référence au suivi du patient pendant la période de 2008 à 2010, sans donner de détails sur l'état actuel de l'assuré. b. Il résulte des considérations qui précèdent que, dans sa décision du 10 juin 2014, l'OAI aurait dû retenir une capacité de travail de l'assuré de 70 %, et non de 100 %, et déterminer le taux d'invalidité en tenant compte du fait qu'il ne pouvait plus exercer son activité d'horticulteur qui le contraignait à s'exposer au soleil, vu les cancers de la peau qu'il développe en raison des médicaments immunosuppresseurs.

E. 9

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 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 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222, consid. 4.3.1).

A/2089/2014 - 15/17 - Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa- cc). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employé de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). On précisera par ailleurs qu'une déduction sur le montant du salaire d'invalidé résultant des statistiques en raison d'empêchements propres à l'assuré ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79, ATF du 6 février 2013 9C 861/2012).

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. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

E. 10

En l'espèce, le taux d'invalidité doit être établi en comparant le salaire sans invalidité réalisé par l'assuré en tant qu'horticulteur à 100 %, actualisé à l'année de la décision de révision de l'OAI - soit en 2014 -, avec celui qu'il pourrait exercer

A/2089/2014 - 16/17 - actuellement, établi selon les données statistiques ESS 2010 pour une activité simple et répétitive, actualisé à 2014, à 70 %. Le salaire sans invalidité de l'assuré en 2004 était de CHF 91'873.-. Adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS; en 2004 : 1975 et en 2014 : 2220), son revenu sans invalidité en tant qu'horticulteur en 2014 aurait été de CHF 103'269.90 (CHF 91'873.- x 2220 / 1975).

S'agissant du salaire avec invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative et qu'il ne peut plus exercer sa profession d'horticulteur, il convient de se référer

aux ESS. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de sa part dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 58'812.- par année (CHF 4'901.- x 12; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 61'311.50 (58'812 x 41.7 / 40) et à CHF 63'278.25 indexé à 2014 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS, en 2010 : 2151 et en 2014 : 2220; soit 61'311.50 x 2220 / 2151), ce qui correspond à un salaire de CHF 42'918.05 à 70 %. Il convient encore d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 20 % pour tenir compte de l'âge du recourant et du taux d'occupation. Le revenu avec invalidité à prendre en compte pour 2014 est ainsi de CHF 34'334.44 (42'918.05 – 8'583.61). En procédant à la comparaison des salaires sans et avec invalidité, le taux d'invalidité est de 67 % ($(103'269.90 - 34'334.44) \times 100 / 103'269.90 = 66,7\%$ arrondi à 67 %).

Il en résulte que le recourant a droit à un trois-quarts de rente invalidité dès le 1er jour du 2ème mois suivant la décision du 10 juin 2014 et que c'est à tort que l'OAI lui a nié le droit à une rente invalidité dès cette date. Le recours sera ainsi partiellement admis. La décision de l'OAI du 10 juin 2014 sera annulée et le dossier renvoyé à ce dernier pour nouvelle décision au sens des considérants.

E. 11

Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA).

A/2089/2014 - 17/17 -

E. 12

L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).
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.