

GE_GERICHTE ATAS/65/2018 vom 25. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_65_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/65/2018 du 25 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/65/2018 del 25 gennaio 2018

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

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

E. 3

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé et si cette aggravation a engendré une incapacité de gain lui ouvrant le A/4447/2017 - 10/18 - droit à une rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures de réadaptation professionnelle.

E. 4

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue des besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point

de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 p. 110 ss consid. 5). 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate

A/4447/2017 - 11/18 - que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

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). 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). 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). Il y a lieu de préciser que 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 6

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

A/4447/2017 - 12/18 - l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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.

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 que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

E. 9

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 10

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. a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

A/4447/2017 - 13/18 - 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). b. 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 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). c. S'agissant des avis du SMR, le Tribunal fédéral a exposé qu'un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les

références citées).

E. 11

En l'occurrence, les médecins du SMR ont posé, lors de leur examen du 11 juillet 2005, les diagnostics de douleurs de la cuisse droite avec atrophie dans le cadre

A/4447/2017 - 14/18 - d'un status après déchirure du droit antérieur en octobre 2001, de cervicalgies et lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec hernies discales L4-L5 et L5-S1, d'un syndrome rotulien droit dans le cadre d'une chondropathie rotulienne de stade II, de douleurs de la cheville droite dans le cadre de troubles dégénératifs discrets, et d'une coxarthrose débutante bilatérale. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: alternance deux fois par heure des positions assise et debout, absence de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg et de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte à faux statique prolongé du tronc, pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles ou escaliers, pas de marche supérieure à 15 mn ni de marche en terrain irrégulier Par rapport à cet examen, il convient de constater que l'état du genou gauche du recourant s'est détérioré, dès lors que cette articulation présente aujourd'hui une allure arthrosique avec atteinte cartilagineuse stade III. Il se plaint aussi d'une aggravation de la cruralgie qui semble être secondaire à une mauvaise utilisation chronique de son membre inférieur droit, selon le rapport du 16 décembre 2009 du Dr E_____. Il présente également un déconditionnement marqué et une kinésiophobie. À cela s'ajoute une réduction des amplitudes de la hanche. Le Dr D_____ fait état, dans son rapport du 15 juin 2009, d'importantes cruralgies et d'une incapacité de travail de 50%. Toutefois, l'IRM ne révèle qu'une petite hernie discale L4-L5 extra-foraminale gauche qui n'est pas suffisante pour expliquer les symptômes, comme l'admet ce médecin dans le même rapport. Cette hernie discale était au demeurant déjà présente lors de l'examen par les médecins du SMR en 2005 et ne semble donc pas avoir évolué. Enfin, selon le rapport du

E. 16

décembre 2009 du Dr E_____, il n'y avait aucun argument clinique pour une cruralgie d'origine rachidienne. Ainsi, ces cruralgies ne peuvent pas être considérées comme une atteinte avec un substrat organique objectif. Aussi, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision de ce médecin. Dans son rapport du 21 mars 2016, le Dr D_____ mentionne que l'assuré se plaint d'une accentuation des douleurs des membres inférieurs, notamment au niveau inguinal, sans faire état d'examen radiologiques démontrant une cause organique. Il observe par ailleurs une déformation marquée en varus des deux membres inférieurs avec interligne interne fémoro-tibial douloureux, une réduction des amplitudes articulaires des deux hanches et une déhiscence du droit antérieur douloureuse à la palpation. Le bilan radiologique du bassin montre une coxarthrose bilatérale sous forme d'un amincissement des interlignes coxo-fémoraux avec ostéophytose marginale des têtes fémorales. Le Dr D_____ estime toujours la capacité de travail à 50%. Le 15 mars 2017, le Dr D_____ diagnostique un status après déchirure proximale du quadriceps droit, de coxarthrose bilatérale, d'importants morphotype en varus des genoux avec syndrome rotulien, chondropathie fémoro-tibiale interne et déchirure radiaire du pan libre du ménisque interne évoluant vers une gonarthrose

A/4447/2017 - 15/18 - varisante, de lombosciatalgies droites, en rapport avec des hernies discales foraminales L5-S1 droite et L4-L5 gauche. L'incapacité de travail est totale depuis le 24 octobre 2001. L'assuré présente une restriction importante pour la marche, le travail à genoux et le port de charges. Dans la position assise prolongée, il souffre également de douleurs au niveau de ses genoux. Quant au Dr E_____, ses diagnostics rejoignent ceux du Dr D_____ sur le plan orthopédique. Il ajoute encore que le recourant souffre d'une rhinite chronique et d'une surdité partielle. La capacité de travail est de 50%, selon ce médecin. Dans son avis du 21 novembre 2016, confirmé par l'avis du 28 septembre 2017 du Dr I_____, le Dr F_____ du SMR considère que les amplitudes articulaires des hanches décrites par le spécialiste orthopédiste ne sont pas éloignées de celles relevées 11 ans auparavant. Au demeurant, les limitations décrites dans le rapport final de 2005 prennent en compte les atteintes actuelles. Cela paraît convaincant. En effet, en dépit d'une coxarthrose, pour laquelle aucune indication opératoire n'est actuellement donnée, et d'atteintes aux deux genoux, une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles constatées en 2005 doit être considérée comme étant toujours adaptée. Il n'y a pas d'autres limitations qui se sont ajoutées, sauf en ce qui concerne celles liées à la presbyacousie et la rhinite chronique. En effet, le Dr D_____ ne mentionne dans son dernier rapport qu'une restriction importante pour la marche, le travail à genoux et le port de charges, limitations qui figurent dans celles décrites par les médecins du SMR. Ainsi, les aggravations n'ont aucune répercussion supplémentaire sur la capacité de travail et les activités exigibles telles que définies par le service de réadaptation professionnelle restent toujours valables, à savoir une activité en tant qu'opérateur CNC, ouvrier dans le secteur de la mécanique légère ou employé dans le conditionnement léger. Ces activités ne nécessitent pas une audition parfaite et ne s'exercent en principe pas dans un milieu bruyant, indépendamment du fait que le recourant pourrait aussi porter des protections contre le bruit, ni dans un environnement poussiéreux. Par ailleurs, en ce que le Dr F_____ du SMR a admis une péjoration dans son avis du 21 novembre 2016, cela ne signifie pas qu'il a également reconnu une aggravation avec répercussion sur la capacité de travail. En effet, l'aggravation n'est pas niée, en particulier en raison des atteintes au genou gauche. Toutefois, comme relevé ci-dessus, cette aggravation ne change rien au fait que le recourant pourrait toujours travailler dans une activité adaptée. Au demeurant, comme relevé ci-dessus, des activités professionnelles adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant existent, contrairement à ce qu'il allègue. Enfin, si le Dr E_____ affirme dans son rapport du 16 décembre 2009 que la situation du recourant est bien enkystée et évoluera difficilement de façon positive, dans la mesure où la situation socio-professionnelle s'aggravera prochainement, cela ne démontre pas que le recourant souffre d'atteintes à la santé qui limitent

A/4447/2017 - 16/18 - objectivement sa capacité de travail dans une activité adaptée, mais uniquement que des facteurs psychosociaux ont une mauvaise influence sur la motivation et les ressources du recourant, sans qu'il ressorte du dossier pour autant que celui-ci souffre d'une atteinte psychique notable. A cet égard, il sied également de relever qu'un déconditionnement et une kinésiophobie ne sont pas considérés comme des maladies au sens de la LAI. Cela étant, une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise médicale ne paraît pas nécessaire, les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles en résultant étant connues et non contestées. Partant, aucune aggravation avec répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée ne peut être admise, comme le SMR l'a constaté. 12. Subsidièrement, le recourant conclut à l'octroi de mesures

d'ordre professionnel. a. Selon 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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). b. En l'espèce, le recourant ne peut être suivi en ce qu'il affirme qu'il n'a pas ménagé ses efforts pour trouver un emploi et cessé de réitérer des demandes de mesures professionnelles, en renouvelant à chaque fois son intérêt et sa motivation pour de telles mesures. C'est tout le contraire qui ressort des stages d'orientation

A/4447/2017 - 17/18 - professionnelle dont il a bénéficié en 2003 et 2008, lors desquels il s'est montré très démonstratif dans ses plaintes et démotivé. Le Dr E_____ rapporte en outre dans son rapport du 16 décembre 2009 que le recourant a développé un sentiment de rancœur vis-à-vis du corps médical et contre la société en général qui ne reconnaissent pas son problème à sa juste mesure et l'obligent à effectuer une réorientation professionnelle loin de ses capacités et de ses envies premières. Cela démontre que le recourant n'a en réalité pas la motivation pour se réadapter. Partant, de nouvelles mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec, indépendamment du fait que le recourant en a déjà bénéficié. Par conséquent, le recourant ne peut prétendre à de nouvelles mesures d'ordre professionnel. 13. Cela étant, le recours sera rejeté. 14. Dès lors que le recourant succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

A/4447/2017 - 18/18 - 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.