

## **GE\_GERICHTE ATAS/662/2008 vom 28. Mai 2008**

GE Cour de justice, 2008-05-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_662\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_662_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/662/2008 du 28 mai 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/662/2008 del 28 maggio 2008

### **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'art. 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 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 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, une partie des faits se sont produits avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Etant donné cependant que le droit éventuel à une rente prend naissance après le 1er janvier 2003, le cas d'espèce sera examiné à la lumière des dispositions matérielles et de procédure de la LPGA.

#### **E. 3**

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

A/2014/2007 - 10/18 -

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.

#### **E. 5**

Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche

d'accomplir leurs travaux habituels.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

## **E. 6**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne

A/2014/2007 - 11/18 - considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent

(ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration

A/2014/2007 - 12/18 - sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER- BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in : *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/C\_\_\_\_\_T [Hrsg.], *Internationale*

Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

#### **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

A/2014/2007 - 13/18 - déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 352 consid. 3a).

Enfin, 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 8**

En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre de cervicalgies et lombalgies chroniques et que le diagnostic de fibromyalgie a été évoqué par les Drs B \_\_\_\_\_, C \_\_\_\_\_, et E \_\_\_\_\_. En raison de ces troubles, la recourante présente des limitations fonctionnelles, en ce sens qu'elle doit éviter la position statique, à genou, accroupie, l'inclinaison du buste, de lever ou de porter des charges, les mouvements des membres ou du dos répétitifs, les horaires de travail irréguliers ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Elle présente en outre un état anxio-dépressif depuis 2001. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail est de 100 % depuis le 3 octobre 2002, dans l'activité de femme de chambre, appréciation partagée par les Drs C \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_. Sur le plan psychiatrique, la Dresse F \_\_\_\_\_ a diagnostiqué en janvier 2006 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, qui entraîne une incapacité de travail de 100 %. L'intimé a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante, qu'il a confiée au Dr G \_\_\_\_\_. Dans son rapport, l'expert

retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, un syndrome somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie, des cervicobrachialgies droites non déficitaires et des lombosciatalgies droites. L'expert

A/2014/2007 - 14/18 - expose que le retrait social est quasi-total, dû à l'aboulie et au ralentissement psychomoteur, la patiente n'étant au demeurant pas capable de s'adapter à un environnement professionnel. Du point de vue psychique et mental, compte tenu de la persistance du tableau clinique malgré un traitement adéquat et correctement suivi, l'incapacité de travail est totale dans n'importe quelle activité, depuis octobre 2002. Le SMR Suisse romande, sous la plume du Dr H \_\_\_\_\_, a émis un doute quant au caractère sévère du trouble dépressif, en se basant sur les constatations objectives décrites dans le rapport de la Dresse F \_\_\_\_\_, et considéré que l'expertise psychiatrique n'était pas probante. Selon le SMR, l'expertise est très peu détaillée, l'expert reprend les diagnostics et les observations de la Dresse F \_\_\_\_\_, sans aucune analyse critique. De plus, les diagnostics ne sont pas discutés ni examinés sous l'angle de la jurisprudence actuelle. Pour ces raisons, le SMR a proposé un examen psychiatrique SMR, qui a été effectué par le Dr I \_\_\_\_\_. Ce dernier, après une analyse et critique des rapports de la Dresse F \_\_\_\_\_ et de l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_, considère que la recourante souffre en réalité d'un trouble du sommeil de gravité importante à sévère, qui n'est pas traité *lege artis*. Ce trouble serait dû à une polymédication grotesque. Il conteste le diagnostic retenu par l'expert et la Dresse F \_\_\_\_\_, au motif que le test psychométrique MADRS utilisé pour la gradation du trouble dépressif ne coïncide pas avec la CIM-10. Le Dr I \_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail, qui est de 100 % dans toute activité lucrative. L'intimé considère que le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ revêt pleine valeur probante. La recourante conteste l'appréciation faite par le médecin psychiatre du SMR, qui est en totale contradiction avec celle émise par l'expert et les médecins psychiatres des HUG qui la suivent depuis fin janvier 2006, dans le cadre du "programme Dépression". Elle se réfère aux rapports des Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_, des HUG, et du Dr E \_\_\_\_\_, adressés à l'OCAI après la notification du projet de refus de prestations.

## **E. 9**

Le Tribunal de céans constate que le SMR reproche en premier lieu à l'expert d'avoir repris le diagnostic retenu par la Dresse F \_\_\_\_\_, sans aucune analyse critique, et de n'avoir pas discuté les diagnostics sous l'angle de la jurisprudence actuelle. Ce grief est mal fondé. En effet, d'une part, l'expert n'a pas purement et simplement repris le diagnostic retenu par les HUG, mais il l'a posé sur la base de son examen clinique, d'autre part, il n'appartient pas à l'expert psychiatre de discuter d'un diagnostic au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral. La tâche de l'expert psychiatre consiste en effet à examiner l'assurée, à poser un diagnostic précis au regard de la CIM-10, à se prononcer sur la sévérité du trouble psychique et de

A/2014/2007 - 15/18 - déterminer quelles en sont les conséquences sur la capacité de travail du point de vue médical. Le SMR dénie enfin toute valeur probante à l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_, au motif qu'elle est très peu détaillée, raison pour laquelle il a préconisé un examen psychiatrique au SMR, et se réfère au rapport du Dr I \_\_\_\_\_. A cet égard, le Tribunal de céans relève préalablement que si l'intimé entendait s'écarter de l'expertise psychiatrique qu'il avait ordonnée pour le motif qu'elle n'a pas valeur probante, il aurait dû mettre en oeuvre une nouvelle expertise et non un examen SMR. S'agissant du rapport d'examen SMR, le Tribunal constate que le Dr I \_\_\_\_\_ remet en cause le diagnostic

retenu par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, en se livrant à une critique de la méthodologie adoptée par ses confrères pour qualifier le trouble dépressif de sévère, alléguant que l'échelle utilisée (MADRS) ne correspond pas à la gradation de la CIM-10. Devant le Tribunal, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, doit être posé au regard des critères diagnostics pour la recherche de la CIM-10 et que l'échelle MADRS ne peut pas être utilisée pour poser le diagnostic de la dépression majeure. Il a déclaré toutefois qu'il ne remettait pas en cause le diagnostic de la Dresse F\_\_\_\_\_, car il ne savait pas comment elle l'avait posé et il n'en avait pas discuté avec elle. Il a admis qu'il était tout à fait possible qu'un examinateur ait pu, avant lui ou après lui, retrouver d'autres critères de base pour le diagnostic. S'agissant par ailleurs des critiques quant à la polymédication qu'il a jugée grotesque, le Dr I\_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure d'indiquer au Tribunal quelles interactions négatives les médicaments incriminés pouvaient engendrer, parce qu'il ne les avait pas analysés. Contrairement à l'avis de l'intimé, le Tribunal de céans considère que rien ne permet de dénier toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. En effet, l'expert a procédé à un examen clinique, son rapport comporte une anamnèse professionnelle et sociale, il décrit l'évolution de la maladie ainsi que le résultat des thérapies et il a pris en compte les plaintes et données subjectives de l'assurée. Ses conclusions sont claires. En outre, entendu par le Tribunal, l'expert a précisé qu'il avait eu connaissance de l'entier du dossier, qu'il avait posé son diagnostic sur la base de l'examen clinique et du test psychométrique, soit l'échelle MADRS, qu'il a déposé à la procédure et qui a révélé un score de 34 points correspondant à une dépression sévère. Quant à la médication, il a déclaré qu'elle était adéquate, bien que les effets n'étaient pas optimaux, malgré une bonne compliance de la part de la patiente. Il partageait entièrement les observations faites par la Dresse F\_\_\_\_\_ et a également retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. D'autre part, dans le cadre des enquêtes, le Tribunal de céans en entendu le Dr K\_\_\_\_\_, médecin interne du Département de psychiatrie, programme

A/2014/2007 - 16/18 - Dépression. Ce médecin a expliqué que le diagnostic de dépression sévère a été posé par la Dresse F\_\_\_\_\_ en janvier 2006 au regard de la classification internationale CIM-10. La sévérité de la dépression a été évaluée selon l'échelle américaine MADRS, utilisée par le programme dépression, qui a montré un score de 32 points sur 60, ce qui correspond à une dépression sévère. Le témoin a précisé que la CIM-10 ne préconise pas l'utilisation d'une échelle plutôt qu'une autre, mais qu'elle donne simplement des directives. La dernière évaluation psychométrique du 27 octobre 2007 avait montré un score de 33 points. Il a exposé que la patiente ne parvenait plus à s'occuper de son plus jeune enfant, ni à faire son ménage et qu'elle était assez isolée sur le plan social. Les activités de mobilisation entreprises pas le programme dépression pour inciter la patiente à s'investir dans l'éducation de sa fille et à accomplir ses tâches ménagères afin de lui permettre de retrouver le plaisir de vivre n'ont pas été concluantes. De plus, le changement de médication introduit fin mai 2007 n'a pas eu d'amélioration sur le plan psychique, malgré une bonne compliance. S'agissant de la médication, le psychiatre s'est étonné de la remarque du SMR; il a déclaré que la prescription médicamenteuse est effectuée dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire et en coordination avec le médecin traitant. De plus, un examen spécialisé a été pratiqué à la consultation du sommeil et le neurologue a prescrit du Rivotril, afin d'améliorer le sommeil. Le Dr K\_\_\_\_\_ a tenu à préciser que le médecin responsable du programme Dépression est au bénéfice d'une formation en psycho-pharmacologie. Au vu du dossier et après audition des témoins, le Tribunal de céans

considère que l'avis isolé du SMR n'est pas de nature à remettre en cause le diagnostic retenu par l'expert psychiatre et les médecins spécialistes en psychiatrie qui suivent la recourante depuis plus d'une année. Tant l'expert que les médecins des HUG ont en effet expliqué de façon convaincante de quelle façon ils sont parvenus à poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, et les répercussions qu'il entraîne sur la capacité de travail, malgré une médication adéquate et une bonne compliance objectivée par les examens de laboratoire. Il y a lieu d'observer que l'état dépressif léger relevé dès 2001 n'a pas empêché la recourante de travailler encore quelque temps. En revanche, cet état dépressif s'est aggravé au fil du temps, à tel point qu'à partir du mois d'octobre 2002, la recourante n'a plus été en mesure de travailler. En conséquence, force est d'admettre que la recourante souffre d'une comorbidité psychiatrique grave par sa durée et son acuité, entraînant une incapacité de travail totale depuis octobre 2002. Partant, le droit à une rente entière d'invalidité est ouvert dès le mois d'octobre 2003 (art. 29 al. 1 let. b LAI).

**E. 10**

Bien fondé, le recours est admis.

A/2014/2007 - 17/18 -

**E. 11**

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 2'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA; art. 61 let. g LPGA).

**E. 12**

Vu l'issue du recours, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2014/2007 - 18/18 -

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