

GE_GERICHTE ATAS/751/2014 vom 19. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_751_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/751/2014 du 19 juin 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/751/2014 del 19 giugno 2014

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; RS E 2 05) en vigueur depuis 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

E. 3

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

A/2328/2013 - 7/15 -

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la décision initiale du 15 juin 2009 au point de lui ouvrir désormais droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 5

a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [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 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque

ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 6

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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré 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 un marché du travail équilibré dans son domaine

A/2328/2013 - 8/15 - d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

E. 7

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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 déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour

l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 8

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p.

A/2328/2013 - 9/15 - 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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). Quant aux rapports et

expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

A/2328/2013 - 10/15 - sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 10

On ajoutera enfin que, d'après une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C_72/2012 du 21 août 2012, consid. 3 ; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment

s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

A/2328/2013 - 11/15 - Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4).

E. 11

En l'espèce, l'intimé ayant admis qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée avait été rendue plausible depuis sa décision initiale, il n'y a pas lieu d'y revenir ici. Reste à examiner si cette modification des circonstances se traduit par une ouverture du droit aux prestations. La recourante soutient en effet que sa capacité de travail serait nulle en raison de ses troubles psychiques. Il convient dès lors de déterminer si la toxicomanie dont souffre la recourante est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ou si elle a provoqué une atteinte à la santé invalidante. Pour trancher ce point, il convient de se baser sur les avis médicaux et, par voie de conséquence, d'évaluer en tout premier lieu s'il faut suivre ou non les conclusions des experts psychiatres. Les Drs G_____ et H_____ se sont livrés à une anamnèse détaillée dont il ressort qu'en juin 2009, après l'expertise du Dr D_____, l'assurée avait fait un bref passage aux urgences psychiatriques en raison d'une recrudescence d'insomnie et d'anxiété, suite à une rupture de traitement. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions avait alors été retenu. Depuis lors, l'assurée était suivie par le Dr E_____. Ce suivi était motivé par l'importance des troubles du comportement. Le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines et hypnotiques, trouble dépressif récurrent épisode sévère et troubles de la personnalité sans précision avaient été posés. En juillet 2009, l'assurée avait été hospitalisée une semaine suite à un abus médicamenteux à but suicidaire dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent épisode moyen. De juillet 2009 à mars 2010, l'assurée avait été suivie par le service d'addictologie des HUG. En juin 2010, elle avait fait un bref passage aux urgences psychiatriques en raison d'un abus médicamenteux dans le contexte d'un conflit de couple et d'un trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique. En octobre 2010, elle avait été hospitalisée en raison d'une recrudescence des idées suicidaires consécutive à des conflits conjugaux et à la péjoration de sa situation sociale. Le trouble dépressif récurrent avait alors été qualifié de moyen.

A/2328/2013 - 12/15 - Les experts ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode moyen présent depuis 2004, de dysthymie depuis 2002 et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, diagnostiqués pour la première fois en 2009. Leur rapport a été établi en pleine connaissance du dossier médical de la recourante et sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes. Par ailleurs, dans leur rapport complété le 27 novembre 2012,

les experts ont motivé de manière convaincante leurs conclusions quant à la capacité de travail de la recourante, de telle sorte que leur rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Les experts ont expliqué que si l'état dépressif était certes invalidant, il était clairement aggravé par la consommation abusive et chronique d'hypnotiques et de sédatifs : cette consommation avait un effet dépressogène à long terme et pouvait également contribuer à l'apparition des symptômes dépressifs plus marqués ayant donné lieu à des épisodes dépressifs francs. Cette dépendance provoquait en outre des altérations importantes de la concentration, de la mémoire et de l'attention, ainsi qu'un fort ralentissement psychomoteur, diminuant considérablement le rendement et, par conséquent, rendant une activité professionnelle très difficile et dangereuse. Les experts ont souligné que c'était bel et bien le problème de dépendance qui occupait une place principale et rendait toute activité professionnelle inenvisageable. Ils ont précisé qu'un traitement était exigible de la part de l'assurée. Les experts ont retenu à titre de limitations : un trouble de la concentration et de l'attention, un manque de motivation, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité, une tristesse, une irritabilité et une somnolence. Les troubles de l'attention et de la concentration étaient liés en partie à un état dysthymique mais aggravés de manière importante par la consommation chronique et abusive d'hypnotiques et de sédatifs ; ils rendaient dangereuse la reprise d'une activité professionnelle (risque non négligeable d'accidents). Quant au ralentissement psychomoteur marqué, induit par l'abus des hypnotiques et sédatifs, il augmentait considérablement le temps d'action nécessaire pour effectuer une tâche. Enfin les troubles du sommeil augmentaient la fatigabilité diurne déjà importante en lien avec la consommation abusive précédemment décrite. En conclusion, les experts ont estimé que tant que l'assurée continuerait à consommer, sa capacité résiduelle de travail serait nulle. En revanche, une abstinence complète pourrait améliorer la thymie et diminuer l'intensité des symptômes dépressifs, augmenter considérablement l'attention et la concentration et diminuer le ralentissement psychomoteur de telle sorte que le rendement pourrait être augmenté.

A/2328/2013 - 13/15 - Sur ce dernier point, les experts ont précisé le 27 novembre 2012 que, sans cette dépendance, l'épisode dépressif serait moins invalidant, d'intensité légère à moyenne. En effet, la fatigabilité et la somnolence diurne, ainsi que les troubles de concentration et de l'attention seraient diminués. Selon eux, en l'absence de la dépendance aux hypnotiques et sédatifs, la capacité de travail se situerait autour de 60% et pourrait augmenter progressivement à 100%, si une prise en charge psychopharmacologique et psychothérapeutique était mise en place. Les experts se sont ainsi livrés à l'appréciation globale préconisée par la jurisprudence, en tenant compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. De leurs constatations, il ressort que la comorbidité psychiatrique à l'origine de la dépendance ne présente pas, en l'occurrence, un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en elle-même, une diminution de la capacité de travail et de gain supérieure à 40% et qu'elle n'était pas de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance. Il ressort clairement du rapport des experts qu'en l'espèce, la majeure partie des symptômes psychiatriques est induite, c'est-à-dire secondaire à la prise de toxiques. A cet égard, les experts ont d'ailleurs jugé que la plupart des symptômes s'amenderaient spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines suivant le sevrage. L'avis contraire du psychiatre traitant ne saurait suffire à s'écarter des conclusions des experts. En effet, le Dr E. _____ n'apporte aucun élément médical objectif permettant de faire douter de leurs conclusions. Il se contente d'émettre une hypothèse - que rien ne vient étayer en l'état - selon laquelle l'abstinence de sa patiente conduirait à une

péjoration de son état, se limitant ainsi à substituer sa propre appréciation à celle des experts. Il n'y a dès lors pas là matière à mettre sur pied une nouvelle expertise. La Cour de céans suivra donc les conclusions des experts psychiatres.

E. 12

Selon la jurisprudence, si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (cf. supra). Tel n'est cependant pas le cas en l'espèce puisque les experts ont conclu, - toxicomanie mise à part - à une capacité limitée à 60%. Certes, ils ont envisagé la possibilité que cette capacité puisse être augmentée à 100%, mais ont conditionné cette éventualité au succès du traitement, circonstance sur laquelle on ne saurait d'ores et déjà compter. Il ressort en effet du rapport d'expertise que l'augmentation de la capacité résiduelle de travail ne pourra advenir sans, ni avant, la mise en œuvre d'un traitement efficace et bien conduit, lequel constitue donc une condition sine qua non pour permettre à l'assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de

A/2328/2013 - 14/15 - l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3 p. 312; voir également arrêts U 85/95 du 7 septembre 1995 consid. 3b, in RAMA 1996 n° U 237 p. 36 et I 472/98 du 28 juillet 1999 consid. 3b). Les revenus avec et sans invalidité doivent être évalués avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'occurrence, cependant, dans la mesure où l'activité habituelle reste envisageable, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2) qui ne se justifie pas en l'occurrence. En conséquence, la recourante doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 40% ouvrant droit à un quart de rente dès juin 2010 (soit six mois après le dépôt de la nouvelle demande), étant précisé que si, à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, il devait y avoir suffisamment d'éléments pour retenir l'existence d'une atteinte psychique plus invalidante, il sera loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande. En ce sens, le recours est admis. La recourante, qui est représentée et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2328/2013 - 15/15 - 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.