

# **GE\_GERICHTE ATAS/171/2013 vom 19. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_171\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_171_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/171/2013 du 19 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/171/2013 del 19 febbraio 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RSG E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). 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**

La recevabilité du recours a déjà été examinée dans l'arrêt du Tribunal du 4 mai 2010.

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision de l'OAI de mars 2006 au point d'influer sur son droit à une rente d'invalidité.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine 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. Pour évaluer le taux A/3685/2009 - 17/24 - 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). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de

gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

#### **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 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

#### **E. 7**

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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). 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. Au premier plan figure la

A/3685/2009 - 18/24 - présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 consid. 4.2.2; ATF non publié 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, 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 (ATFA non publié I 497/04 du

#### **E. 12**

septembre 2005, consid. 5.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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/3685/2009 - 19/24 - déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). b) 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne

permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

A/3685/2009 - 20/24 - e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 9. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPG). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, ATF 128 V 174). b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; ATF non publié I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires (ESS) TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid.

3b/aa). Quant au revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu

A/3685/2009 - 21/24 - 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). c) 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). 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 10. L'expertise des Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ doit être examinée au regard des considérants qui précèdent. Le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ correspond en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Il repose en effet sur une parfaite connaissance du dossier, une anamnèse détaillée et un examen clinique fouillé. Ses diagnostics sont clairs et ses conclusions quant à l'incidence des troubles physiques de l'assuré sur sa capacité de travail sont parfaitement motivées. Il n'existe dès lors aucun motif de s'en écarter. Contrairement à ce qu'affirme l'assuré, le fait que le Dr P\_\_\_\_\_ n'ait pas trouvé de substrat organique permettant d'expliquer l'ampleur de ses douleurs ne suffit pas à conclure à une atteinte relevant de la neurologie ou de la neurochirurgie que l'expert rhumatologue n'aurait pas prise en considération. On rappellera au demeurant que le Dr P\_\_\_\_\_ a pris connaissance des rapports et la batterie d'examens mis en œuvre par les spécialistes dans ce domaine, dont ceux de la Dresse R\_\_\_\_\_ et des neurologues qui ont examiné l'assuré en avril 2012 sans pouvoir identifier une atteinte organique expliquant l'ampleur de la symptomatologie de ce dernier. En ce qui concerne l'expertise réalisée par le Dr Q\_\_\_\_\_, la Cour de céans relève ce qui suit. Son rapport se fonde sur l'étude du dossier, un entretien avec le médecin traitant de l'assuré, contient une anamnèse minutieuse et l'examen clinique est fouillé. Cela étant, si le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est étayé, on peine à suivre l'expert psychiatre lorsqu'il retient un épisode dépressif moyen. En effet, il ne rapporte pas les critères justifiant ce diagnostic mais souligne l'absence d'éléments permettant d'exclure un épisode dépressif sévère, tels que l'inexistence d'un syndrome somatique, de culpabilité ou d'idées suicidaires et l'absence de troubles cognitifs importants objectivement constatés. Le Dr Q\_\_\_\_\_ mentionne certes une humeur morose et un discret

A/3685/2009 - 22/24 - ralentissement moteur et vocal. Il y a cependant lieu de rappeler que selon la CIM- 10, les épisodes dépressifs (F 32) sont ceux lors desquels le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et fréquemment des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances,

et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Un épisode dépressif léger (F 32.0) suppose que deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Dans les épisodes dépressifs moyens (F 32.1), au moins quatre de ces symptômes sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles. En l'espèce, l'expert psychiatre ne précise pas lesquels de ces critères sont présents chez l'assuré. On ajoutera qu'il retient que l'épisode dépressif justifie un diagnostic indépendant du trouble somatoforme douloureux sans exposer les éléments qui lui permettent de parvenir à cette appréciation et sans que l'on comprenne s'il entend par là exclure l'hypothèse que l'épisode dépressif constitue une manifestation réactionnelle au trouble somatoforme douloureux – ce que tendrait pourtant à démontrer le fait que l'apparition de la symptomatologie dépressive est postérieure aux douleurs. Quoiqu'il en soit, même s'il fallait se rallier aux diagnostics de l'expert psychiatre, un épisode dépressif moyen n'est pas une comorbidité suffisamment grave au sens de la jurisprudence citée pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Dans la mesure où les conclusions sur le caractère "indépendant" de l'épisode dépressif ne sont pas suffisamment convaincantes, on ne peut retenir une diminution de la capacité de travail en raison de cette comorbidité. Reste ainsi à déterminer si les autres critères dégagés par le Tribunal fédéral pour reconnaître le caractère incapacitant d'un trouble somatoforme douloureux sont réunis. La symptomatologie n'a guère évolué depuis 2003. Il existe de plus incontestablement une atteinte physique sous forme de discopathie cervicale sévère. Si l'on ne peut raisonnablement mettre en doute le retrait social de l'assuré, qui n'a guère de contacts réguliers, on peut se demander si cet élément est une conséquence des douleurs ressenties ou s'il s'agit d'un mode de vie qu'il a adopté avant leur apparition, puisque l'expert relève que sa vie sociale a toujours été pauvre. Compte tenu des doutes laissés par l'expertise sur le diagnostic d'état dépressif moyen, il

A/3685/2009 - 23/24 - n'est pas certain qu'on puisse en l'espèce retenir un état psychique cristallisé. Le Dr Q \_\_\_\_\_ ne fait d'ailleurs pas état d'un profit primaire tiré de la maladie ou d'un conflit non résolu. Il paraît également difficile d'admettre un échec des traitements, puisque les analyses montrent que l'assuré ne se conforme pas aux prescriptions et ne prend pas les médicaments qui pourraient avoir une incidence sur ses douleurs, notamment l'anti-dépresseur. On ajoutera que l'expert psychiatre ne semble pas non considérer que les critères sont réalisés en l'espèce - bien qu'il ne se prononce pas expressément sur cette question - dès lors qu'il se contente d'affirmer que le trouble somatoforme douloureux n'entraîne pas une incapacité de travail supérieure à celle de 40 % admise en se fondant sur l'épisode dépressif moyen. Force est ainsi de constater que tous les critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux ne sont pas réunis en l'espèce. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne peut se rallier aux conclusions prises de concert par les experts, aux termes desquelles l'assuré présente depuis décembre 2008 une diminution de sa capacité de travail de 40 % dans toute activité en raison de son état dépressif. Un complément d'expertise afin d'étayer les diagnostics et les conclusions du Dr Q \_\_\_\_\_ n'est cependant pas nécessaire. En effet, même en tenant compte d'une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée,

le degré d'invalidité se calcule comme suit. Pour le revenu sans invalidité, on peut se référer au questionnaire du 13 janvier 2004 dans lequel l'employeur a fait état d'un revenu annuel de 46'200 fr. Compte tenu de l'indexation jusqu'à 2009, le revenu sans invalidité serait de 49'963 fr. 70. Quant au revenu d'invalidité, on doit se référer au revenu statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'ESS 2008 (TA1, ligne Total), soit 4'806 fr. par mois et 57'672 fr. par année pour 40 heures par semaine, ce qui correspond à 58'883 fr. 10 après indexation et calculé sur la durée moyenne de travail de 41.6 heures en 2009 selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT). Compte tenu d'une capacité de travail réduite à 60 %, le revenu est ainsi de 35'987 fr. 30. Il convient encore d'opérer une réduction statistique. Un abattement de 15 % est suffisant compte tenu de l'âge et des limitations de l'assuré. Partant, le revenu d'invalidité est de 36'743 fr. 10. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 36 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'assuré sollicite l'audition de la Dresse D\_\_\_\_\_. La Cour de céans a cependant déjà entendu ce médecin, et celle-ci n'a fait état d'aucun diagnostic ou atteinte qui aurait été ignoré par les experts. Il s'avère dès lors inutile de l'entendre une nouvelle fois, par appréciation anticipée des preuves. 11. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. L'assuré, qui succombe, supporte l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3685/2009 - 24/24 - 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.