

## **GE\_GERICHTE ATAS/55/2016 vom 27. Januar 2016**

GE Cour de justice, 2016-01-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_55\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_55_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/55/2016 du 27 janvier 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/55/2016 del 27 gennaio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

Dans un courrier du 27 mai 2015, Madame H\_\_\_\_\_ a rappelé que le recourant était suivi au sein du cabinet depuis le 16 avril 2013 et qu'il était apparu, au cours des séances qu'elle avait eues avec lui, qu'il souffrait d'un trouble panique sans agoraphobie, avec des symptômes tels que palpitations, douleurs thoraciques, sensations d'étouffement accompagnées d'une peur de perte de soi. Ces attaques de panique avaient également eu lieu en cours de séance et avaient dès lors été gérées in vivo. Ledit trouble panique était secondaire à une dysthymie, dont les plaintes étaient les suivantes : troubles du sommeil, fatigue récurrente, anhédonie, aboulémie

A/184/2015 - 8/16 - et ruminations importantes ainsi que irritabilité et difficultés à faire face aux exigences du quotidien. Cette symptomatologie avait été observable et objectivable au cours des séances et variait en intensité en fonction des situations vécues. Des ressources limitées du patient pour élaborer des stratégies efficaces au long cours lui permettant de mieux gérer les situations anxiogènes étaient également mises en évidence. La psychologue précitée avait constaté une évolution lente mais positive, objectivée par la diminution des attaques de panique et par une légère augmentation des activités à domicile. En revanche, les ruminations étaient toujours présentes.

#### **E. 18**

Par écriture du 18 juin 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. En effet, le SMR après avoir pris connaissance du rapport de la psychologue du 27 mai 2015, a considéré que l'assuré ne présentait qu'une dysthymie ne pouvant pas influencer la capacité de travail et aucun signe de sévérité en ce qui concerne le syndrome anxieux. De plus, la dysthymie précitée confirmait le caractère réactionnel de la symptomatologie et une évolution lente mais positive.

#### **E. 19**

Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 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. 2. À 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant

l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et, singulièrement, sur le caractère invalidant de ses atteintes psychiques. 5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

A/184/2015 - 9/16 - 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). b. 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. 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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. 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 malade, 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). d. 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

A/184/2015 - 10/16 - 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 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). 6. a. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

A/184/2015 - 11/16 - c. 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. Ainsi, en principe, 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 7. En l'espèce, l'OAI a mandaté le Dr I\_\_\_\_\_ pour expertise. Se fondant sur son rapport du 31 juillet 2014, l'intimé a nié le droit du recourant à une rente

A/184/2015 - 12/16 - d'invalidité. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise précité. a. S'agissant de l'expertise précitée, force est de constater qu'elle comporte une anamnèse familiale, professionnelle et psychosociale détaillée, une description des plaintes subjectives de l'assuré et le compte-rendu des constatations cliniques. L'expert psychiatre a ensuite discuté le cas, tenu compte des plaintes exprimées par l'examiné et posé un diagnostic selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, texte révisé (DSM-IV-TR), édité par l'association des psychiatres américains (American psychiatric association), qui préconise l'évaluation multiaxiale. Ainsi, l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, l'expert-psychiatre a mentionné, sur l'axe I, un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive actuellement subclinique ainsi qu'un éventuel trouble panique subclinique à léger. Sur l'axe II, le médecin a signalé une personnalité à traits anxieux et passifs. Sur l'axe III, qui concerne la pathologie somatique, l'expert-psychiatre a renvoyé aux spécialistes compétents, et sur l'axe IV, il a fait état de difficultés socio-économiques ainsi qu'éventuellement d'autres difficultés. Tous les diagnostics des axes I et II étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Le psychiatre a en outre relevé que l'assuré ne paraissait ni tendu ni anxieux et qu'il était surtout assez dramatique, plaintif, revenant sur « tout ce qui ne va pas » et voulant démontrer qu'il ne pouvait rien faire. Il y avait une importante discordance entre ses déclarations et les éléments objectifs, l'assuré pouvant se déplacer sans limitations, accompagnant son épouse dans les grands surfaces pour les commissions et prenant tous les jours l'ascenseur pour se rendre chez lui. Il n'y avait par conséquent pas d'élément en faveur d'une agoraphobie

marquée ni d'attaques de panique. Manifestement, l'état de santé de l'assuré évoluait favorablement depuis le début de l'année 2013 et la prise de Fluoxétine et désormais de Citalopram. Il n'y avait pas de symptômes anxio-dépressifs au premier plan, ceux-ci ayant également répondu à l'introduction de l'antidépresseur. Le Dr I\_\_\_\_\_ ne trouvait ni comorbidité psychiatrique ni trouble de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. La Dresse G\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs mentionné une évolution lentement favorable. Pour le Dr I\_\_\_\_\_, il s'agissait d'une problématique plus sociale que médicale (dépendance des services sociaux, appartement de 50 m2 pour quatre personnes, etc.). b. Pour sa part, le recourant conteste l'expertise réalisée par le Dr I\_\_\_\_\_, considérant qu'elle manquait d'impartialité, les intentions de l'expert étant de discréditer ses dires, ses plaintes et sa souffrance. Il n'avait pas pu répondre aux tests psychométriques dans la totalité en raison de difficultés de compréhension de la langue. Ces tests avaient par la suite été interprétés en sa défaveur. Il avait également dû essuyer des remarques désobligeantes sur ses origines kosovares. Enfin, le Dr I\_\_\_\_\_ avait déjà fait l'objet de dénonciations de la part de patients et de confrères pour son manque d'impartialité.

A/184/2015 - 13/16 - b/aa. En premier lieu, le recourant reproche à l'expert d'être prévenu. Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, respectivement d'un expert, ce dernier passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour le récuser. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'assuré, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATF 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/ee). En cette matière, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGa) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6). Le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, à défaut de quoi le plaideur est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (ATF 119 Ia 221 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 105/06 du 12 juin 2007, consid. 3). En particulier, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 126 V 303 consid. 1b, publié in SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités). En l'espèce, le recourant a fait valoir pour la première fois des arguments relatifs à la prévention de l'expert dans son opposition au projet de décision. Se pose dès lors la question de la tardiveté de ce grief. Ce grief est à l'évidence tardif dès lors que le recourant aurait dû agir immédiatement après avoir été examiné. Par ailleurs, la méfiance du recourant à l'égard de l'expert est fondée sur ses seules impressions et non sur des éléments objectifs, ce qui n'est pas suffisant pour justifier la récusation de l'expert. b/bb. En deuxième lieu, en se référant aux dénonciations de patients et de confrères, le recourant tente également de remettre en cause les compétences professionnelles de ce médecin. Or, il n'appartient pas à la chambre de céans de se

prononcer sur l'aptitude professionnelle du psychiatre précité (arrêt du Tribunal fédéral I 702/02 consid. 3.2). Ce dernier, membre de la Fédération des médecins suisses (FMH) était, et est toujours, titulaire du titre de spécialiste FMH en psychiatrie et en

A/184/2015 - 14/16 - psychothérapie. Dans ce contexte, force est de relever que le recourant n'allègue pas que le médecin aurait fait l'objet d'une procédure de retrait de l'autorisation de pratiquer (voir art. 79 de la loi vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique [RSVD 5.01 A; LSP] et Règlement vaudois du 26 août 1987 sur la procédure en matière de retrait d'autorisation de pratiquer et de mesures disciplinaires prévues par la LSP [RSVD 5.01 O]). Le Dr I\_\_\_\_\_ dispose partant des qualifications nécessaires pour pratiquer son art et effectuer des expertises médicales (art. 11 de la loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse [RS 811.11]; art. 91 let. a et 94 LSP). b/cc En troisième lieu, le recourant conteste de manière générale les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, dans le cas d'espèce, à l'exception de la langue, le recourant n'a pas mentionné de tels éléments, puisqu'il s'est limité, pour l'essentiel, à faire part de son désaccord avec l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_. Certes, l'expertise contient des inexactitudes (enfants d'un premier lit de l'épouse de l'assuré, absence de permis). Cela étant, ces éléments ne sont pas pertinents du point de vue médical. Par ailleurs, force est de constater, s'agissant de la problématique de la langue, qu'il ne ressort à aucun moment du dossier que le recourant n'était pas en mesure de se faire comprendre ou de comprendre ses médecins. En effet, aucun document ne laisse penser que le concours d'un interprète, notamment lors des séances avec la Dresse G\_\_\_\_\_ ou la psychologue H\_\_\_\_\_ était nécessaire. A cela s'ajoute le fait que le recourant est en Suisse depuis 1991 de sorte qu'il devrait être en mesure de comprendre et de s'exprimer en français, ce qui a d'ailleurs été confirmé par le Dr I\_\_\_\_\_. c. Reste à examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. Tout d'abord, il sied de rappeler 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). Cela étant précisé, force est ensuite de constater que la Dresse G\_\_\_\_\_ et Mme H\_\_\_\_\_ ont contesté de manière générale l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_ sans mentionner les points avec lesquels elles étaient en désaccord. En outre, leur courrier du 23 mars 2015 ne répond à l'évidence pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Il ne contient pas

A/184/2015 - 15/16 - d'anamnèse, ni de description des plaintes du recourant et des diagnostics posés. Concernant le courrier de la psychologue du 27 mai 2015, il ne contient aucune critique du rapport d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ ni aucune indication relative au degré de sévérité des atteintes. Partant, les courriers de la Dresse G\_\_\_\_\_ et de Mme H\_\_\_\_\_ ne sont pas susceptibles de remettre en question l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_. Enfin, dans la mesure où Mme J\_\_\_\_\_ n'est pas médecin mais directrice de l'ALCIP, son appréciation ne saurait remettre en question l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_. d. En conclusion, eu égard à ce

qui précède, il y a lieu de reconnaître à l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante, que ni les appréciations de la Dresse G\_\_\_\_\_ et de Mme H\_\_\_\_\_ ni l'attestation de 14 janvier 2014 (recte 2015) de Mme J\_\_\_\_\_ ne sauraient remettre en question. Par conséquent, il n'y a aucune raison d'écarter l'expertise du dossier et d'en ordonner une nouvelle. 8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

A/184/2015 - 16/16 - 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.