

GE_GERICHTE ATAS/1124/2012 vom 18. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1124_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1124/2012 du 18 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1124/2012 del 18 settembre 2012

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 dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 est applicable, ainsi que la LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, la décision litigieuse datant de 2011, et l'aggravation de l'état de santé alléguée ayant débuté en été 2008.

E. 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.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une augmentation de sa demi-rente d'invalidité à un trois-quarts de rente ou une rente entière, singulièrement sur l'aggravation de son état de santé.

E. 5

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/264/2012 - 13/21 - Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en

effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 6

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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. Dès le 1er janvier 2004, 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

A/264/2012 - 14/21 - invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 7

a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (arrêt 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). b) Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement

exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). 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. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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). A l'inverse, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent

A/264/2012 - 15/21 - d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71). 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). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. c) 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). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du

médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration (ou d'une aggravation) de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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.

A/264/2012 - 16/21 - L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 9. En l'espèce, il convient de comparer la situation de juin 2006, lors de la première décision octroyant une demi-rente à l'assurée à celle de décembre 2011, lors de la décision refusant d'augmenter cette rente. Lors de l'octroi en 2006, l'assurée souffrait de cervicalgies chroniques, de douleurs à l'épaule gauche et aux deux genoux, qui n'étaient que partiellement objectivées, mais qui ont déterminé le SMR à retenir une totale incapacité de travail dans l'activité usuelle d'aide ménagère, mais une capacité de travail entière dans une activité légère excluant le port de charge, les déplacements prolongés ainsi que tous les travaux lourds et respectant les limitations de l'épaule gauche. La CRR relevait déjà la probabilité d'un trouble somatoforme douloureux, en l'absence d'explications objectives aux nombreuses plaintes de l'assurée et une capacité de travail de 50% en raison de l'état dépressif et du trouble somatoforme. C'est en raison de la persistance d'un état dépressif malgré les traitements entrepris que le SMR a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité légère adaptée. C'est ainsi que l'assurée a été reclassée dans l'activité de d'employée de bureau, mais que l'aide au placement a été abandonnée en raison du peu de motivation de l'assurée. Celle-ci a toutefois travaillé à 50% comme aide de home, placée par le chômage de janvier à août 2008 avant de partir en vacances en Espagne, où elle a subi en août un premier accident causant des contusions à l'épaule droite et au genou droit, sans fracture ni hospitalisation, avant la longue série d'accidents intervenus. Pour apprécier la situation somatique en 2011, la Cour estime que le rapport de la CRR du 20 janvier 2010 a pleine valeur probante. Il se fonde sur l'ensemble du dossier, sur des clichés récents, un examen complet, tant somatique que psychiatrique, une évaluation de physiothérapie et une observation durant un mois complet et il tient compte des plaintes de l'assurée. Les médecins relèvent l'absence de cause médicale objective aux nombreuses et importantes douleurs de l'assurée et retiennent l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Le rapport de la SUVA du 17 décembre 2010 permet aussi d'établir que les accidents de février et mars 2010 n'ont impliqué aucune lésion et sont sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. D'ailleurs, sous réserve des troubles dégénératifs, le conseil de l'assurée a admis en audience que l'instruction médicale de la SUVA était complète s'agissant des conséquences de l'ensemble des accidents subis. Or, la SUVA conclut que l'ensemble des lésions alléguées consécutivement aux divers accidents

sont absolument sans conséquence sur la capacité de travail de l'assurée

A/264/2012 - 17/21 - dans une activité adaptée, n'exigeant pas le port de charges lourdes, ni des sollicitations soutenues de l'épaule au dessus de l'horizontale. Contrairement au premier grief de l'assurée, il s'avère que l'examen de la CRR durant un mois fin 2009 a porté sur l'ensemble de l'état de santé de l'assurée, y compris les troubles lombaires dégénératifs, sans se focaliser sur les conséquences des accidents de l'été 2008 (ayant touché l'épaule et le genou droits) et d'octobre 2008 (ayant touché le pied droit). En particulier, la CRR relève que la patiente présente de "discrets troubles dégénératifs lombaires", que les images de la colonne montrent "une très discrète osteophytose", soit "rien d'autre que quelques troubles dégénératifs qui sont banals pour l'âge et ne peuvent pas expliquer le tableau clinique", de sorte que la CRR conclut qu'il n'y a pas d'atteinte traumatique ou malade de la colonne qui puisse expliquer les douleurs. Il s'avère ainsi que l'absence de substrat organique, l'importante autolimitation de l'assurée, les incohérences marquées entre le comportement algique, (soupirs, gémissements et pleurs) et l'examen objectif (qui ne justifie selon la CRR aucune limitation dans une activité adaptée) concernent aussi les quelques troubles dégénératifs. Certes, le rapport final de la SUVA du 17 décembre 2010 a pour but de déterminer si les troubles présentés sont (encore) en lien de causalité avec les accidents, de sorte qu'il indique, sans détailler ce point, que l'appréciation ne tient pas compte des troubles dégénératifs et psychiatriques invalidants. Ce rapport ne permet ni d'établir que les discrets troubles dégénératifs de l'assurée seraient postérieurs à la décision de 2006, ni qu'ils impliqueraient des limitations fonctionnelles supplémentaires ou une quelconque incapacité de travail dans une activité adaptée telle que celle retenue en 2006. Au demeurant, l'assurée ne se base sur aucun rapport médical ou d'imagerie pour justifier que lesdits troubles dégénératifs seraient déterminants, car ni le Dr A _____, ni le Dr F _____, ni les autres spécialistes consultés n'en font mention. Pour terminer sur le plan somatique, les divers rapports du Dr A _____ et celui du Dr E _____ ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation de la SUVA et de la CRR, ces médecins n'exposant pas de motifs objectifs aux douleurs multiples de leur patiente, le Dr E _____ se contentant, sans nouvel examen ni clichés, d'adhérer à l'avis du médecin traitant et d'envisager l'existence d'un éventuel substrat organique aux douleurs de pieds de l'assurée. Les plaintes liées aux vertiges et céphalées ont été investiguées du point de vue neurologique par la CRR et ne s'expliquent pas. Il faut donc admettre que l'assurée ne présente aucune nouvelle atteinte somatique objective invalidante. Les limitations fonctionnelles restent identiques à celles de 2006 (pas de port de charges, limitations des épaules) et la capacité de travail dans une activité adaptée reste entière. Il est donc établi qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé somatique impliquant une modification du taux d'invalidité retenu en 2006. Au surplus, il va de soi que les seules plaintes de l'assurée (douleurs aux deux pieds, aux deux genoux, aux deux épaules et aux deux poignets, impossibilité d'éplucher les légumes, vertiges, céphalées, etc.) ne sauraient démontrer l'aggravation de l'état

A/264/2012 - 18/21 - de santé somatique, au vu de l'importante dramatisation et amplification des plaintes par l'assurée. Du point de vue psychiatrique, l'assurée souffrait en 2006 d'une réaction dépressive prolongée, justifiant une incapacité de travail de 50%. S'agissant de la situation en 2011, il convient d'examiner l'avis des divers psychiatres consultés depuis 2006 et l'expertise du Dr J _____. A cet égard, l'accusation générale de partialité à l'égard de l'expert-psychiatre ne suffit pas pour écarter son rapport, l'assurée n'indiquant pas en quoi il ne serait pas probant, sous réserve de l'examen des comorbidités

en cas de trouble somatoforme, ce qui sera abordé plus loin. En mars 2009, la Dresse B_____ estime que l'état de santé est stationnaire et retient une capacité de travail de 50%. Elle mentionne en juin 2009 un état dépressif récurrent, sévère à ce moment-là, sans hospitalisation et précise que l'état est fluctuant, sans se prononcer à nouveau sur la capacité de travail, les arrêts de travail étant faits par le généraliste. Fin 2009, le Dr L_____, psychiatre de la CRR relève une certaine labilité émotionnelle et des traits histrioniques, une thymie abaissée avec pleurs et baisse d'énergie, sans retenir de symptômes dépressifs majeurs. Le Dr H_____, qui suit l'assurée de septembre 2009 à juillet 2010, retient un syndrome somatoforme douloureux et un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, l'incapacité de travail totale qu'il mentionne étant due aux douleurs permanentes, ainsi qu'aux difficultés d'attention, de concentration et à une baisse d'énergie. En mai 2011, le Dr J_____ retient un trouble dépressif chronique de gravité moyenne et un trouble somatoforme indifférencié sur la base de l'ensemble du dossier, d'un examen clinique qui décrit les symptômes retenus et de la comparaison de tests psychométriques. L'expert estime que l'état de santé psychique ne s'est pas aggravé depuis 2004, car le tableau clinique reste identique. Le Dr K_____, qui suit l'assurée depuis août 2011, est d'accord avec les diagnostics posés par l'expert, mais estime qu'en raison de l'état dépressif et des douleurs chroniques sévères et persistantes, l'assurée ne peut pas travailler à 50%. Il s'avère donc que l'ensemble des psychiatres qui se sont exprimés retiennent (sous réserve d'un période limitée à juin 2009) que l'assurée souffre d'un trouble dépressif de gravité moyenne et d'un trouble somatoforme. La divergence entre l'avis de l'expert et celui des psychiatres traitants porte donc - en apparence - sur le taux d'activité. L'expert, tout comme la Dresse B_____, se prononce sur la capacité de travail du seul point de vue psychiatrique, soit 50% alors que les Dr H_____ et K_____ estiment leur patiente totalement incapable de travailler en raison de l'ensemble du tableau médical, soit les importantes douleurs chroniques et l'état dépressif de gravité moyenne. Dans la mesure où du point de vue somatique, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé, il convient alors d'examiner la situation sur le plan psychique et il s'avère que l'état dépressif est resté de gravité moyenne selon tous les psychiatres. D'ailleurs, s'il s'agissait d'un état dépressif grave, cela n'aurait pas échappé à l'examen de la CRR

A/264/2012 - 19/21 - lors d'un séjour d'un mois complet. Au demeurant, le Dr K_____, qui a suivi l'assurée dans le cadre des HUG en 2004 et qui la traite à nouveau depuis 2011, ne prétend pas que cet état dépressif serait devenu grave. Selon l'assurée, il eût fallu retenir l'état dépressif au titre d'une comorbidité psychiatrique grave et examiner les autres critères de la jurisprudence pour apprécier sa capacité de travail. Le rapport du Dr J_____ devrait ainsi être écarté à défaut d'examen de ces critères. Tout d'abord, on peut se demander si l'examen de la situation médicale de l'assurée sous cet angle ne reviendrait pas à une nouvelle appréciation d'une situation identique, prohibée en cas de révision au sens de l'art. 17 LPG. Cela étant, selon la jurisprudence, la dépression d'intensité moyenne n'est en général qu'une manifestation réactive au trouble somatoforme ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. Au demeurant, un trouble dépressif d'intensité moyenne n'est pas une comorbidité suffisamment grave pour exclure toute capacité de travail. Finalement, l'ensemble des pièces médicales du dossier permettent d'établir que l'assurée ne présente en tout cas pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (vacances en Espagne, activités quotidiennes de l'assurée, visite réjouissante de sa mère, etc.), mais révèle une nette exagération des symptômes, de sorte qu'une totale incapacité de travail sur ces bases ne résisterait pas à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Ainsi, en admettant que la

capacité de travail eut dû être examinée sous cet angle, il faut alors rappeler qu'en 2006, l'assurée présentait selon la CRR déjà un trouble somatoforme et que son état psychiatrique avait été jugé suffisamment grave pour limiter sa capacité à 50%, de sorte que c'est à juste titre que le Dr J_____ retient que le tableau clinique et l'intensité du trouble dépressif étant inchangé, l'état de santé ne s'est pas aggravé, admettant implicitement que l'examen de la comorbidité et des autres critères étaient réunis et justifiaient une incapacité de travail partielle. C'est d'ailleurs ainsi que l'OAI a compris l'expertise selon les déclarations de sa représentante en audience. Pour le surplus, les multiples accidents subis par l'assurée, pour autant qu'ils aient eu lieu dans les circonstances décrites, relativement invraisemblables, ne sont pas la démonstration de l'existence d'une pathologie psychiatrique évoquées par le conseil de l'assurée, aucun des psychiatres consultés ne posant un diagnostic à ce propos. La Cour estime ainsi que le rapport du Dr J_____, compte tenu des éléments ressortant de ceux des autres psychiatres, est suffisamment convaincant pour déterminer qu'il n'y a pas d'aggravation du point de vue psychiatrique. L'état de santé sur le plan somatique et psychique étant suffisamment instruit, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise bi-disciplinaire somatique et psychiatrique. A défaut d'aggravation de l'état de santé et de modification d'autres circonstances, outre l'âge qui n'est pas seul déterminant en matière de révision, il ne se justifie pas de procéder à la révision du droit de l'assurée de sa demi-rente d'invalidité, fondée en

A/264/2012 - 20/21 - 2006 sur une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avec un abattement de 10%, soit un taux d'invalidité de 51.5%. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant 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 de 200 fr.

A/264/2012 - 21/21 - 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.