

GE_GERICHTE ATAS/1175/2014 vom 17. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1175_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1175/2014 du 17 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1175/2014 del 17 novembre 2014

Erwägungen

E. 12

L'OAI a dès lors procédé à une enquête économique sur le ménage dont les calculs s'établissent comme suit :

A/1397/2014 - 4/14 - Champ d'activités Exigibilité Pondération champ d'activité en %
Empêchement en % Empêchement pondéré 5.1 conduite du ménage 2-5 %

exigibilité

0 % 3 %

0 % 0 % 0 % 0 % 5.2 Alimentation 10-50 % Préparation/cuisson /service/nettoyage
cuisine/provisions exigibilité

0 % 35 %

0 %

0 % 0 %

0 % 5.3 Entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité

10 % 18 % 10 %

0 % 1,8 %

0 % 5.4 Emplettes et courses diverses 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité

0 % 8 % 0 %

0 % 0 %

0 % 5.5 Lessive/entretien des vêtements 5- 20% laver/suspendre/ramasser/repasser...,
exigibilité

0 % 18 % 0 %

0 % 0 %

0 % 5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30% Exigibilité

0 % 18 %

E. 15

Par courrier du 25 février 2013 (recte 2014) l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel, au vu de ses constatations, son statut était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 45,5 % et se consacrant à ses travaux habituels pour les 54,5 % restants. Dans la part professionnelle, depuis le 26 octobre 2011 sa capacité de travail dans son activité habituelle était considérablement restreinte sans interruption notable. Il

ressortait en conséquence de l'examen de son dossier par le SMR que la capacité travail exigible la concernant était de 0 % dans l'activité habituelle de nettoyeuse, et de 50 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, ceci dès le 26 octobre 2011. Dans la part correspondant à ses travaux habituels, une enquête avait été effectuée au domicile de l'assurée le 16 décembre 2013, dont il résultait que l'empêchement dans la tenue du ménage était de 2,7 %. Il avait dès lors été procédé à une évaluation théorique de la perte de gain subie. La comparaison entre les revenus avec et sans invalidité s'établissait comme suit: sans invalidité (CHF 19'852.-, - montant établi sur la base du rapport de son employeur soit CHF 19'652.- annuels en 2012, indexé pour 2013), et avec invalidité (CHF 24'197.- - montant se basant sur l'Enquête Suisse sur la structure des Salaires (ESS) 2012, soit pour une femme, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive (niveau 4), pour une capacité de travail à 100 % soit CHF 53'771.- et pour une capacité de travail de 50 % CHF 26'885.-, retenant une réduction supplémentaire en raison de ses limitations fonctionnelles, soit CHF 24'197.-). Ceci déterminait une perte de gain égale à zéro.

A/1397/2014 - 7/14 - L'activité lucrative partielle à un degré d'invalidité de 0 %, et la part de travaux habituels avec un empêchement retenu de 2,7 % déterminaient ainsi un degré d'invalidité de 1,47 % arrondi à 1,5 %. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnant pas droit à une rente d'invalidité, la demande était donc rejetée. Un délai de trente jours lui était fixé pour faire valoir ses remarques ou demander toutes explications utiles.

E. 16

Par courrier du 18 mars 2014 l'assurée a indiqué ne pas comprendre comment le taux de 2,7 % d'empêchement de la tenue du ménage avait pu être établi, au vu des problèmes de santé qu'elle rencontre. Elle contestait donc ce taux, et sollicitait le détail de l'enquête du 16 décembre 2013.

E. 17

L'OAI a fait parvenir à l'intéressée la copie du document demandé, par courrier du 25 mars 2014. Un délai lui était imparti au 7 avril 2014 pour produire des éléments probants à l'appui de sa contestation du taux retenu.

E. 18

Puis, l'intéressée s'étant présentée à l'office le 28 mars 2014 pour solliciter la copie de l'intégralité du dossier par CD-ROM, l'OAI a donné suite à cette demande par courriers des 1er et 2 avril 2014 (envoi du CD et code d'accès, par courriers séparés).

E. 19

Par courrier du 8 avril 2014, l'OAI a notifié la décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, conforme au projet soumis préalablement à l'assurée.

E. 20

Par courrier recommandé du 15 mai 2014, l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), agissant au nom et pour le compte de l'assurée, a interjeté recours contre cette décision, auprès de la chambre de céans. Elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse, à ce que la recourante se voie reconnaître une incapacité de travail entière, le droit à un quart de rente et l'octroi de débours équitables. Dans les rapports médicaux successifs pris en compte par l'intimé pour aboutir à la décision entreprise, le nombre et la fréquence des crises d'épilepsie retenus par la Dresse C_____ (trois crises par

mois environ selon le premier rapport de 2013, passant à des crises à raison de deux à trois fois par an, selon le troisième rapport établi trois mois après le premier) étaient très largement inférieurs à la réalité, la recourante affirmant être désormais confrontée à deux à trois crises plus ou moins fortes par semaine. Dans ces conditions, la réinsertion professionnelle dans un domaine comme la vente ou dans un bureau, dans un environnement sans risque au niveau physique et sans stress, ne saurait être envisagée : dans la vente, en raison de la crainte de la recourante de faire des crises d'épilepsie en présence de la clientèle, risque d'autant plus fort en cas d'affluence de clients, situation génératrice de stress, d'une part, et du fait que l'on ne saurait raisonnablement imposer à un employeur d'avoir à gérer ce genre de situations régulièrement, soit plusieurs fois par mois au mieux ; s'agissant de cette activité, ou celle de bureau, la recourante comprend certes assez

A/1397/2014 - 8/14 - bien le français, mais ne le parle qu'un tout petit peu, son cursus scolaire se limitant au demeurant à l'école obligatoire au Portugal ; un engagement dans une telle activité et dans ces conditions, même sur un marché équilibré de l'emploi, n'est donc pas raisonnablement plausible.

E. 21

Par courrier du 16 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il ressort des éléments médicaux du dossier, notamment du dernier rapport de la Dresse C_____ médecin traitant de la recourante, que l'assurée a une capacité de travail de 50 % dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle oppose sa propre appréciation des faits relatifs à sa capacité de travail à celle des médecins, notamment de son neurologue, sans toutefois mettre en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques. Les difficultés que la recourante pourrait rencontrer sur le marché du travail sont des facteurs étrangers à l'invalidité.

E. 22

Invitée à formuler d'éventuelles remarques au sujet de la détermination de l'intimé, la recourante a persisté dans ses conclusions.

E. 23

Sur quoi 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

E. 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. 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. 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. Les modifications de la loi fédérale sur

l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1

A/1397/2014 - 9/14 - consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. a) L'art. 69 al. 1 lettre a LAI prévoit qu'en dérogation aux articles 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. b) En l'espèce l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision en date du 25 février 2014, confirmé par la décision du 8 avril 2014, contre laquelle l'assurée a directement recouru devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. b) Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). c) Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le refus de prestations prononcé par l'OCAI, consécutif à la demande de prestations AI déposées par la recourante en date du 25 mai 2012, et plus particulièrement sur la question de savoir si l'office intimé a correctement évalué le taux d'invalidité retenu ne donnant en l'espèce aucun droit à une rente. 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 (art. 7 LPGA). (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). 7. 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

A/1397/2014 - 10/14 - 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire

de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 9. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et

A/1397/2014 - 11/14 - celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). 10. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des

travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit

A/1397/2014 - 12/14 - correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). En l'espèce, la procédure suivie par l'OAI a scrupuleusement suivi les principes sus-énoncés, étape par étape, et l'enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée répond en tous points aux exigences des directives en la matière et de la jurisprudence citée, de sorte qu'elle a pleine valeur probante. 11. 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). 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 351 consid. 3). 12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV

A/1397/2014 - 13/14 - n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d). 13. Dans le cas d'espèce, l'OAI a abouti à la décision entreprise en se fondant, en ce qui concerne les renseignements médicaux, sur ceux émanant du médecin traitant de l'assurée, médecin spécialiste du domaine concerné, et qui suit l'intéressée depuis plusieurs années, ayant pris la succession dans le traitement et le suivi de la patiente au sein des HUG dans l'unité où la patiente était déjà prise en charge depuis de nombreuses années. Les médecins du service régional ont eux-mêmes examiné avec attention les rapports médicaux qui leur ont été soumis. Ils ont confirmé sur la base des éléments médicaux du dossier notamment du dernier rapport de la Dresse C _____, que l'assurée a une capacité de travail de 50 % dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles dès la date du constat de l'incapacité totale de travail dans l'activité à hauteur de 45,5% déployée jusqu'alors par l'assurée, soit dès le 26 octobre 2011, la Dresse C _____ ayant encore précisé que bien que la situation soit stable depuis quelques années sur le plan de l'épilepsie, la décision de mise en arrêt de travail avait été prise le 26 octobre 2011, en raison d'une persistance de crises sous traitement antiépileptique bien conduit, avec risque de blessures au travail et mise en évidence d'un facteur favorisant du travail (en raison du stress et des horaires). La recourante consacre cependant l'essentiel de son argumentation dans la critique des trois derniers rapports médicaux de son médecin traitant qui, selon elle, aurait largement sous-évalué le nombre et la fréquence des crises d'épilepsie qu'elle subit. Elle ne fait en cela qu'opposer sa propre appréciation à celle de son médecin traitant qui la connaît bien. La recourante n'apporte toutefois aucun élément susceptible de susciter un doute au sujet de la valeur probante de l'évaluation médicale ; au contraire, elle nuance elle-même ses propres critiques en concédant que les crises qu'elle dit subir à une fréquence hebdomadaire sont d'intensité différenciée (plus ou moins fortes), ce qui renforce l'idée que l'appréciation médicale retenue est probante à tout le moins au degré de vraisemblance requis en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. Quoi qu'il en soit au demeurant, et si l'on devait suivre la recourante, même avec une marge d'erreur sur la fréquence de ces crises, le résultat final qui déterminait un degré d'invalidité de 1,47 % arrondi à 1,5 %, ne serait pas modifié au point d'atteindre le seuil des 40% donnant droit au quart de rente auquel elle prétend avoir droit. 14. 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 CHF 200.-.

A/1397/2014 - 14/14 - 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.