

# **GE\_GERICHTE ATAS/1329/2014 vom 19. Dezember 2014**

GE Cour de justice, 2014-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1329\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1329_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1329/2014 du 19 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1329/2014 del 19 dicembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) 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, la décision attaquée étant prise en application de la LAI. b) La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Étant précisé que la décision qu'attaque la recourante a été rendue le 10 avril 2014 et reçue par cette dernière au plus tôt le 11 avril 2014 et que le délai de recours n'a pas couru du 7ème jour avant Pâques au 7ème jours après Pâques inclusivement (soit du 13 au 27 avril 2014 [art. 38 al. 4 et 60 al. 2 LPGA ; art. 89C LOJ]), le délai légal de recours de 30 jours à compter de leur notification (art. 60 al. 1 LPGA) arrivait à échéance au plus tôt le 30 mai 2014. Ayant été déposé par un pli

A/1252/2014 - 11/19 - recommandé du 5 mai 2014, le présent recours a donc été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu, peu élevées, prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'AI auxquelles elle estime avoir droit, car elle est touchée par ces décisions et a un intérêt digne de protection à leur annulation ou modification (art. 59 LPGA). c) Le présent recours sera donc déclaré recevable.

### **E. 2**

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 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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]). Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre septembre 2009 et avril 2014. Dans l'intervalle, la LAI a subi les modifications de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008). Le droit

éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et au regard du nouveau droit pour la période ayant débuté le 1er janvier 2012, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, pas plus d'ailleurs que celles des 4ème et 5ème révisions (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). Aussi n'y a-t-il pas de différenciation à faire en l'espèce dans la détermination de l'invalidité de la recourante pour les périodes antérieures et postérieures au 1er janvier 2012. Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

### **E. 3**

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

A/1252/2014 - 12/19 - ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain. Est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). Les deux approches sont combinées pour juger de l'invalidité d'une personne dont l'atteinte à la santé impacte à la fois sa capacité de gain et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, d'une façon relevante parce que même à défaut d'une telle atteinte ladite personne n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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).

b) L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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, 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. 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

A/1252/2014 - 13/19 - 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

#### **E. 4**

a. L'assuré a droit à une rente entière d'invalidité 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). 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. b. En l'espèce, il est établi et non contesté que la recourante exercerait une activité professionnelle à 80 % sans atteinte à la santé et consacrerait le 20 % restant de son temps à ses activités ménagères. C'est à juste titre qu'un statut mixte lui a été reconnu par l'autorité intimée. Il y a donc lieu d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus pour déterminer son degré d'invalidité afférent à sa part professionnelle de 80 %, et la méthode spécifique pour celui afférent à sa sphère ménagère de 20 %.

#### **E. 5**

a. Pour la part professionnelle d'un assuré, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

A/1252/2014 - 14/19 - En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidé, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, si elle met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, telles qu'elles résultent de l'ESS édité par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/bb). b. En l'espèce, la recourante conteste l'appréciation de la mesure dans laquelle l'office intimé l'a reconnue apte à exercer son activité adaptée de spécialiste en péri- néologie, à savoir 50 %, estimant qu'elle parvient tout juste à accomplir le 40 % auquel elle a été engagée. Elle n'avait jamais contesté ce taux, maintes fois évoqué, jusqu'à ce que l'office intimé lui fasse parvenir son projet de décision, comportant le calcul du degré d'invalidité afférent à sa part professionnelle, et, après que ledit office eut rendu la décision attaquée, elle a produit à vrai dire davantage un courrier qu'un rapport de son dernier médecin, estimant que l'invalidité de la recourante était clairement de plus de 50 %. Or, l'appréciation de sa capacité de travail de 50 % dans son activité adaptée se trouve établie non seulement par des rapports médicaux mais encore par les faits. Sans s'arrêter ici au fait que la recourante s'était vu reconnaître une incapacité de travail de 50 % (et non plus de 100 %) dans sa profession de sage-femme dès le 15 septembre 2009, il ressort du dossier que plusieurs médecins s'étant prononcés à ce propos par la suite ont attesté d'une capacité d'exercer sa profession, puis sa profession adaptée, à un taux de 50 %. Ainsi, alors que la recourante avait déjà déposé sa demande de prestations auprès de l'office intimé et le sachant, son médecin traitant, le Dr G \_\_\_\_\_, a indiqué, dans son rapport médical du 3 janvier 2011, qu'avec une rééducation, la recourante pouvait fonctionner à son occupation (alors de sage-femme) à 50 %, ajoutant que d'un point de vue médical l'activité exercée était encore exigible à 50 %, avec un

A/1252/2014 - 15/19 - rendement réduit pour porter, tirer, pousser, soutenir des poids, limitations que des mesures médicales pourraient réduire. Moins d'un mois plus tôt, certes sans chiffrer un taux de capacité de travail, le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste en

gastroentérologie et hépatologie, a relevé que les examens effectués dans son domaine de spécialité (à savoir des examens endoscopiques, l'histologie de la muqueuse duodénale et colique et un bilan à la recherche d'une malabsorption) étaient tous normaux et/ou négatifs, et il relevait notamment que la recourante était très améliorée par la prise de Créon et suivait, en obtenant un très bon résultat, une thérapie émotionnelle chez la Dresse I\_\_\_\_\_, qui établira plus tard, le 1er mai 2014, le courrier précité adressé à l'office intimé. Le 19 janvier 2011, la Dresse J\_\_\_\_\_ du service de neurologie des HUG a indiqué que l'incapacité de travail de la recourante était de 40 % depuis plus de trois mois (donc sa capacité de travail de 60 %). Le 22 septembre 2011, le Dr G\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de la recourante était stationnaire, notant certes un élément nouveau, consistant en une intolérance à la lumière forte en salle d'accouchement en raison de la commiscialité, mais n'en affirmant pas moins que la capacité de travail de la recourante comme sage-femme était de 60 % dès février 2011. Le 23 juin 2012, la Dresse L\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant de la recourante, a attesté que l'activité qu'exerçait alors cette dernière était parfaitement exigible à 50 %, sans réduction de rendement à ce taux- là. De son côté, dans son rapport médical du 22 août 2012, la Dresse I\_\_\_\_\_ a affirmé que la capacité de travail de la recourante était de 50 % comme sage-femme dans le post-natal (soit dans le domaine pour lequel la recourante a bénéficié avec succès d'une réadaptation professionnelle), sans réduction de rendement. De surcroît, alors qu'en janvier 2013, son stage en vue d'acquérir la spécialité de sage-femme dans le post-natal révélait encore une difficulté de rendement et de disponibilité face à l'organisation, comme bémol à une appréciation globalement fort positive, la recourante avait atteint, en juin 2013, les deux objectifs de fournir dans ces deux domaines des prestations comparables à celles de ses collègues, si bien qu'un placement en qualité de spécialiste en péri-néologie à 50 % - faute de poste disponible, et nullement pour une autre raison - lui a été accordé du 1er octobre au 31 décembre 2013. Et c'est aussi pour une raison de poste disponible que la recourante a été engagée finalement à 40 %, plutôt qu'à 50 %, dès le 1er janvier 2014, pour l'activité adaptée qu'elle était reconnue capable d'exercer. Quant à une recherche à l'unité de médecine génétique des HUG d'une maladie orpheline, signalée par la Dresse I\_\_\_\_\_ dans son courrier du 1er mai 2014, il sied de noter qu'elle remonte à une demande du 1er avril 2014 de ladite doctoresse, et n'avait donc pas produit de résultat au 1er mai 2014 (ni par la suite, faut-il admettre, car la recourante n'aurait pas manqué de le faire savoir à la chambre de céans). À noter qu'en date du 8 novembre 2011, la Dresse K\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'il paraissait peu vraisemblable, sur la base de l'anamnèse, des investigations déjà pratiquées en gastroentérologie et d'une récente expérience faite pragmatiquement avec un traitement enzymatique, que les symptômes digestifs de l'assurée soient expliqués par un déficit métabolique primaire d'origine génétique.

A/1252/2014 - 16/19 - Comme le SMR l'a relevé, la Dresse I\_\_\_\_\_ n'avance pas d'élément médical nouveau dans son courrier ou rapport du 1er mai 2014, par rapport aux diagnostics et autres éléments médicaux retenus précédemment. Compte tenu de la convergence des avis médicaux émis, auxquels le SMR s'est rallié, et du constat du succès de la réadaptation professionnelle octroyée et de la possibilité effective de la recourante d'assumer une telle activité professionnelle au taux considéré, l'office intimé était fondé à retenir une capacité de travail de 50 % dans ladite activité adaptée, comme un fait médicalement avéré. c. La détermination que l'office intimé a fait sur la base de ce taux de l'invalidité afférente à la part professionnelle de la recourante échappe à toute critique. Le taux déterminant pour l'établissement du revenu avec invalidité est celui de 50 %, et non de

40 % correspondant au poste qu'elle a obtenu. La différence de

#### **E. 10**

% ne tient pas à des raisons médicales, mais à une indisponibilité de poste, considération étrangère à la définition de l'invalidité dans les assurances sociales, en particulier dans l'AI. Au surplus, dans la mesure où la recourante a conservé un poste auprès du même employeur, au surplus les HUG, il était aisé d'établir les revenus pertinents avec et sans invalidité de la recourante. Cette dernière ne conteste d'ailleurs pas qu'à 80 %, soit au taux auquel elle exercerait son activité professionnelle (adaptée ou son ancienne profession, ayant toutes deux la même classification), elle aurait réalisé, lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, un revenu annuel de CHF 78'853.- La suite du calcul est mathématique : divisé par 80 (correspondant à un 80 %) puis multiplié par 50 (correspondant à un 50 %), ce montant donne un montant de CHF 49'283.- comme revenu annuel avec invalidité dans l'activité adaptée, et la perte de gain (différence entre ces deux montants) est de CHF 29'570.-, qui représente le 37.5 % (arrondi à 38 %) du revenu sans invalidité ( $(CHF\ 29'570.- / CHF\ 78'853.-) \times 100$ ). Ce taux doit ensuite être reporté à un 80 % de part professionnelle (38 % x 80 %). Le degré d'invalidité afférent à la sphère professionnelle de la recourante est donc bien de 30.4 %, comme l'a retenu l'office intimé. 6. a. Pour la part de 20 % afférente aux activités ménagères de la recourante, l'office intimé a ordonné à juste titre une enquête économique sur le ménage. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de

A/1252/2014 - 17/19 - façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Des doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation ne peuvent être retenus que s'il existe des circonstances particulières les justifiant objectivement (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans

les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2). Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03). b. La recourante n'émet aucune critique à l'encontre de l'enquête économique effectuée dans la présente affaire. Non liée par les motifs invoqués par la recourante (art. 69 al. 1 phr. 2 et art. 89A LPA), ni par les conclusions du recours sans préjudice d'une invitation à se déterminer au préalable en cas de reformatio in pejus ou in melius (art. 89E LPA), la chambre de céans relève que l'enquête a été effectuée par une spécialiste en la matière, qui n'apparaît nullement avoir manqué d'impartialité et qui s'est rendue au

A/1252/2014 - 18/19 - domicile de la recourante et l'y a rencontrée et entendue. Elle a consigné ses constatations et les dires de la recourante de façon détaillée dans son rapport, qui est dûment motivé, pour chacune des activités ménagères entrant en considération, au demeurant pondérées de façon convaincante. C'est donc à juste titre aussi que l'office intimé a retenu un empêchement total pondéré de la recourante de 5 % dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Rapporté au 20 % de la sphère ménagère de la recourante, cela donne un degré d'invalidité de 1 % à ce titre. Le degré total d'invalidité de la recourante est ainsi bien de 30.4 %, à arrondir à 31 %. Il n'ouvre pas le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI). Il sied de noter que sans exigibilité retenue à la charge du fils de la recourante, l'empêchement total pondéré de cette dernière serait de 26.85 %, ce qui, rapporté à un 20 % de sphère ménagère, donnerait un degré d'invalidité de 5.37 %. Le degré total d'invalidité serait de 35,77 %, à arrondir à 36 % ; la recourante n'aurait pas davantage droit à une rente d'invalidité. 7. a Le recours doit donc être rejeté. b. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (cf. aussi art. 89H al. 1 LPA), la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances (soit la chambre de céans [art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ]) est soumise à des frais de justice ; le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il sera mis un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.

A/1252/2014 - 19/19 - 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.