

GE_GERICHTE ATAS/188/2013 vom 19. Februar 2013

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_188_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/188/2013 du 19 février 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/188/2013 del 19 febbraio 2013

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

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).

E. 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 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/1818/2012 - 15/23 - 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 (ATFA non publié 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).

E. 4

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. 4.2

et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La

A/1818/2012 - 17/23 - surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à l'octroi d'une rente d'invalidité, singulièrement sur ses empêchements ménagers.

E. 6

a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), 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 (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon l'art. 27 RAI, par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. b) 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). 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

A/1818/2012 - 16/23 - 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 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; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. c) Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste 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. 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 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). d) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid.

E. 7

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). 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. A cet égard, il

A/1818/2012 - 18/23 - 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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).

E. 8

a) En l'espèce, l'assurée ne conteste pas que l'évaluation de l'invalidité doit se faire selon l'art. 27 RAI, compte tenu du fait qu'elle n'a pratiquement jamais exercé d'activité lucrative et elle ne prétend pas qu'elle en aurait exercé une sans atteinte à la santé. Elle a ainsi continué à s'occuper de la maison, lorsque ses filles étaient de jeunes adultes et alors que son état de santé lui permettait d'assumer d'importantes tâches bénévoles selon ses dires. Par ailleurs, l'assurée ne conteste pas l'évaluation somatique de l'expertise du CEMED, admettant que les importantes douleurs abdominales ne sont pas objectivées. Au demeurant, cette appréciation est corroborée par l'avis du service de chirurgie viscérale des HUG du 12 mars 2008 qui relevait déjà l'absence de substrat organique à ces douleurs. De même, l'allégation de douleurs insupportables depuis 2005 est en totale contradiction avec l'activité intense de l'assurée jusqu'en 2007, puisqu'elle s'occupait de sa petite fille et assumait bénévolement une ludothèque, l'ensemble de ces activités l'occupant à 80%. Le seul aspect litigieux concerne donc l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée et de ses

conséquences sur sa capacité ménagère. b) L'assurée remet en cause la valeur probante de l'expertise du Dr D _____, sur plusieurs points. S'agissant des diagnostics, l'expert retient un trouble dépressif modéré, avec des périodes d'épisodes dépressifs sévères qui impliquent transitoirement une incapacité de travail. Cette appréciation n'est pas contradictoire avec celle des psychiatres traitants de l'assurée. Les divers rapports des HUG retiennent des états dépressifs d'intensité moyenne, ponctuellement en 2004 et en

A/1818/2012 - 19/23 - 2006, seul l'épisode d'août-septembre 2008 étant sévère. D'ailleurs, l'assurée n'a pas été suivie par un psychiatre jusqu'en octobre 2008 et, lorsque son comportement inadéquat est relevé par les HUG, elle demande simplement à sortir de l'hôpital, ce qui dénote en tout cas que l'état dépressif n'est alors pas sévère. L'avis de la Dresse A _____, qui retient en 2008 un trouble dépressif sévère totalement incapacitant depuis 2003 ne peut pas être suivi, dès lors que l'assurée avait jusqu'à l'été 2007, voire début 2008 une activité intense, entre la ludothèque et sa petite fille, incompatible avec une dépression sévère. Le suivi par la Dresse H _____ commence en octobre 2008 et celle-ci mentionne en mars 2009 un épisode dépressif sévère, mais elle met surtout l'accent sur les conséquences du trouble de la personnalité. Au demeurant, à moins qu'il s'agisse d'un épisode isolé, cette appréciation ne peut pas être suivie car elle est fondée sur des éléments d'anamnèse incompatibles avec la réalité quotidienne de l'assurée : son médecin la décrit comme totalement repliée et clinophile alors qu'elle s'occupe à presque plein temps d'un bébé. Au demeurant, l'expert fonde aussi son appréciation quant à la gravité modérée de l'état dépressif sur l'examen clinique de l'assurée et sur ses activités. A cet égard, il relève avec pertinence que l'assurée s'occupe de son petit-fils et passe des heures à s'occuper de sa ferme virtuelle, ce qui est peut-être pathologique, mais exclut en tout cas un état dépressif sévère. Le psychiatre-traitant actuel retient un trouble dépressif sévère, et fait d'abord état d'épisodes allant de quelques semaines à quatre mois - ce qui est contradictoire avec la description de la vie quotidienne de l'assurée - pour admettre à la fin de son audition que l'expertise du CEMED est convaincante et ne retenir finalement que quelques périodes de quelques semaines par an de dépression sévèrement incapacitante. L'expert et le psychiatre-traitant retiennent également un trouble de la personnalité, alors que le médecin-traitant relève aussi un trouble psychosomatique. Les troubles psychiatriques sont donc correctement diagnostiqués par l'expert, sous réserve du dernier dont on verra qu'il n'est pas invalidant, donc irrelevante. c) S'agissant des conséquences des troubles retenus sur la capacité ménagère de l'assurée, les conclusions de l'expert sont convaincantes. Le trouble dépressif est sans effet sur sa capacité ménagère, sauf lorsqu'il est sévère, périodes durant lesquelles l'assurée est totalement incapable de travailler et, bien que cela ne soit pas expressément mentionné par l'expert, de s'occuper pleinement de son ménage. Cette appréciation est partagée par le psychiatre-traitant, qui confirme que sa patiente est totalement incapable de quoi que ce soit durant les périodes d'apathie totale, de quelques semaines par année. En dehors de ces périodes, le psychiatre-traitant ne prétend pas que l'assurée serait empêchée de s'occuper de son ménage, le cas échéant en fractionnant les activités, si le trouble dépressif modéré implique de la fatigue. Les autres rapports médicaux plus anciens retiennent par période une totale incapacité de travail, sans se prononcer sur la capacité ménagère, sauf la Dresse B _____ qui justifie toutefois la totale incapacité de l'assurée à assumer une quelconque tâche ménagère sur les seuls dires de sa patiente.

A/1818/2012 - 20/23 - L'ensemble des rapports médicaux permet de retenir que l'assurée souffre d'un trouble dépressif modéré de longue date, qui se péjore lors de pertes affectives (décès en 2003 et 2006, départ du domicile de l'aînée, retrait de la garde du petit-fils), mais que la compliance de l'assurée au traitement antidépresseur n'est pas toujours optimale. Quant au trouble de la personnalité, l'expert estime que sa sévérité est incompatible avec une activité professionnelle, car l'assurée a des comportements inadéquats, mais reste sans influence sur sa capacité ménagère. Le fait que l'expert se fonde en grande partie sur l'anamnèse de l'assurée, en particulier sa vie quotidienne, est pertinent, car l'activité consistant à s'occuper à presque plein temps d'un très jeune enfant, qui implique de le changer, le laver, préparer ses repas et le nourrir, jouer (même sans sortir du domicile le cas échéant), etc., exige beaucoup d'énergie, de patience, de sens de l'organisation, ce qui démontre que l'état dépressif n'est pas sévère et que l'assurée a la capacité d'adopter un comportement adéquat dans ce cadre-là et d'assumer les tâches de la maison. Les explications du psychiatre-traitant de l'assurée (et du psychologue) sont peu convaincantes, s'agissant de l'incapacité liée à l'aspect symbolique de certaines tâches et elles ne remettent pas valablement en cause les conclusions de l'expert. D'une part, les échanges entre le psychiatre et l'assurée lors de l'audience - le premier demandant à la seconde de confirmer cette théorie - laissent à penser que l'explication est échafaudée pour les besoins de la cause et ne relève pas d'une appréciation médicale des conséquences objectives du trouble de la personnalité. D'autre part, les indications du psychiatre selon lesquelles l'assurée se sent abandonnée et incapable de s'occuper de son propre ménage lorsque ses proches quittent le domicile sont exclusivement fondées sur les dires de la patiente, alors que la procédure a relevé que l'on ne peut guère s'y fier (contradictions quant à l'activité du mari, état décrit comme prostré malgré la prise en charge d'un jeune enfant, douleurs totalement invalidantes malgré une activité intense). Elles sont par ailleurs contradictoires avec les activités ménagères effectivement assumées par l'assurée (lessive, poussière, changement des draps). A cet égard, même en admettant les effets - limités - de ce trouble de la personnalité sur la capacité ménagère, il y a lieu de relever ce qui suit : si l'assurée est capable d'effectuer les tâches ménagères en présence d'un proche, ce qui serait bénéfique selon son médecin, on peut raisonnablement attendre de son mari, au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, qu'il tienne compagnie à son épouse, voire participe aux tâches ménagères compatibles avec son état de santé. De même, si son trouble lui permet de "tout faire pour ses filles" mais pas de s'occuper de son propre ménage, il y a lieu de répartir les tâches ménagères entre les différents membres de la famille sur ce modèle. A cet égard et contrairement à ce que le conseil de l'assurée prétend depuis 2009, le départ de la fille et du gendre de l'assurée n'est toujours pas imminent en 2012 et l'installation du gendre au domicile familial en 2005 n'est pas lié à l'atteinte à la santé de l'assurée, intervenue plus tard. La justification symbolique de l'incapacité est en contradiction avec les activités effectivement assumées par l'assurée (poussière de tout le logement et lessive pour tous). Elle laisse songeur en

A/1818/2012 - 21/23 - comparaison avec l'importance du temps consacré à des activités strictement personnelles (surfer, jouer sur Internet et s'occuper de sa ferme symbolique), compte tenu notamment du rapport médical des HUG d'octobre 2004 qui relevait déjà l'attitude tyrannique de l'assurée à l'égard des membres de sa famille. D'ailleurs, le psychiatre réduit les conséquences de cet élément symbolique à certaines périodes. S'agissant finalement de la somatisation de l'assurée, le psychiatre-traitant expose clairement qu'il s'agit de phénomènes bien réels (évanouissements), mais qui n'ont lieu qu'en présence de tiers, afin de démontrer l'état malade, de sorte qu'il n'y a

vraisemblablement rien à craindre lorsque l'assurée est seule à la maison, car elle ne chute pas. On ne reviendra pas sur le témoignage du psychologue, qui n'est pas probant quant à la sévérité permanente du trouble dépressif et de l'incapacité totale de l'assurée de faire son ménage, eu égard à ce qui précède. Du point de vue des conséquences des troubles psychiques de l'assurée sur sa capacité ménagère, les conclusions de l'expert sont donc convaincantes. d) Contrairement à ce que soutient l'assurée, le fait qu'elle reste toute la journée en pyjama - enfilant un pyjama propre après s'être douchée et avoir pris un bon petit déjeuner - n'est pas la démonstration d'un état dépressif, prostré et apathique, ni le signe d'une incapacité à s'occuper de son ménage. De même, si dans certains cas, le fait de passer ses journées à s'occuper de sa ferme virtuelle, peut être un signe pathologique (fuir pour éviter le quotidien), cette appréciation n'est retenue ni par l'expert, ni par le psychiatre-traitant, qui n'avait d'ailleurs jamais entendu parler de cette activité. Finalement, son activité bénévole dans une ludothèque a été prise en compte dans le cadre de l'enquête ménagère. e) En conclusion, l'expertise psychiatrique du Dr D _____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante de sorte qu'il ne se justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire. A cet égard, le psychiatre-traitant a finalement reconnu qu'il s'agissait d'une bonne expertise et qu'il était d'accord avec ses conclusions. Ses deux réserves ont été levées : il est admis que durant les quelques semaines de dépression grave par année, l'assurée n'est pas capable de s'occuper de ses tâches ménagères, ce qui avait d'ailleurs été retenu par l'enquêtrice, mais ces périodes sont trop courtes pour impliquer une invalidité et de surcroît, l'assurée peut être suppléée par son mari, sa fille et son gendre à ces occasions. L'incapacité symbolique n'est pas convaincante et, au surplus, si elle était retenue, elle pourrait alors être comblée par l'aide de la famille, soit directement, soit indirectement, étant précisé que dans cette hypothèse, le pourcentage attribué par l'enquêtrice aux membres de la famille n'est pas excessif. La fille et le gendre sont jeunes et en bonne santé, de sorte qu'ils peuvent se charger du ménage et de la préparation des repas. Il s'avère que le mari travaille à temps partiel en tant que patron de sa propre entreprise de construction, de sorte que son état de santé lui permet de faire les courses, aider au ménage et tenir compagnie à son épouse pendant qu'elle prend en charge le reste des activités ménagères (lessive, plier le linge, poussière, préparation des légumes pour le repas).

A/1818/2012 - 22/23 - La décision de refus de prestations du 11 mai 2012 est donc bien fondée.

E. 9

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 la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/1818/2012 - 23/23 - 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.