

GE_GERICHTE ATAS/735/2012 vom 29. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_735_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/735/2012 du 29 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/735/2012 del 29 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (aLOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, les décisions litigieuses des 28 septembre 2009 et 28 octobre 2010, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

A/3822/2009 - 17/27 - consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 3

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 4

Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 5

Le litige porte, d'une part, sur le droit au reclassement de la recourante refusée par la décision du 21 septembre 2009 et, d'autre part, sur le droit à une rente d'invalidité également refusée par la décision du 28 octobre 2010.

E. 6

L'art. 8 al. 1 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

E. 7

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).

E. 8

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

A/3822/2009 - 18/27 -

E. 9

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la

jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

E. 10

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

E. 11

Le revenu 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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

E. 12

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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

E. 13

Selon le principe de la 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

A/3822/2009 - 19/27 - 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

E. 14

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5 let. a).

E. 15

Figurent au dossier des rapports médicaux des 30 novembre 2008, 21 juillet 2008, 13 novembre 2009, 16 mars 2011 et 2 novembre 2011 de la Dresse A _____, des rapports d'examen réalisé par le SMR, notamment par le Dr B _____, des

E. 16

Considérant l'activité de la recourante, l'OAI a procédé, le 27 avril 2009, à une enquête économique sur le ménage de cette dernière.

A/3822/2009 - 20/27 - Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec l'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - 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 non actif ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 146 consid. 2c).

E. 17

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage au sens de l'art. 27 RAI, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles en se référant au supplément 1 aux directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales. 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 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. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis

A/3822/2009 - 21/27 - quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, les empêchements de l'assuré doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 p. 99, 123 V 230 consid. 3c et les références p. 233), une personne qui s'occupe du ménage étant tenue de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adaptée ou en recourant précisément à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle (ATF non publié I 735/04 du 17 janvier 2006, consid. 6.5). En l'occurrence, l'enquête a été dirigée par une infirmière, qui avait connaissance des affections dont la recourante souffre. En l'espèce, la recourante qui exerçait à 50% la profession de nettoyeuse a cessé son activité professionnelle le 15 janvier 2008 et depuis n'a plus repris une quelconque activité. Lors de l'enquête ménagère, elle a indiqué qu'elle aurait poursuivi ses deux emplois pour apporter un complément financier nécessaire au fonctionnement de la famille. La recourante a encore précisé que, en raison de ses douleurs, elle ne pouvait plus assumer les tâches ménagères. Il a été pris en compte que son mari et sa fille exécutaient essentiellement les travaux ménagers. Toutefois, l'enquête ménagère conclut à un taux d'invalidité de 22,9%. Il sied, en revanche, de relever que, selon son médecin traitant, la recourante présente une incapacité totale de travail, dans son activité habituelle de nettoyage. L'enquête a scindé le champ d'activités ménagères en sept postes comme le préconise le chiffre 3086 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après la CIIAI). La pondération de ces postes se fait en partie selon le chiffre 3086 CIIAI, qui donne un minimum et un maximum, mais aussi sur la base de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, en particulier l'arrêt du 11 mars 1985, en la cause V.B., qui donne une moyenne entre les minimas et maximas à prendre en considération. Par rapport à la conduite du ménage, à l'alimentation, aux emplettes et courses diverses, ainsi qu'au poste "divers", l'enquêtrice a retenu une pondération conforme au chiffre 3086 CIIAI et à la jurisprudence. S'agissant des postes relatifs à l'entretien du logement, à la lessive et à l'entretien des enfants, la pondération retenue par l'enquêtrice est conforme à la moyenne jurisprudentielle de 20%. Le total est bien de 100%, la pondération effectuée par l'enquêtrice est donc correcte.

A/3822/2009 - 22/27 - L'enquête ménagère conclut à un taux d'invalidité de 22,9% alors que l'examen clinique rhumatologique 16 février 2009 conclut à une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 0% et de 100% dans une activité adaptée. L'enquête économique sur le ménage a pris en compte la participation essentielle de son mari et de sa fille aux tâches ménagères. Dès lors, l'enquête ménagère conclut à un taux d'invalidité de 22,9% et l'OAI a retenu un degré d'invalidité total de 11,50 soit 12%, taux d'invalidité qui n'ouvre pas de droit à l'octroi d'une rente. La Cour de céans se rallie d'une part aux conclusions de l'enquête ménagère et d'autre part à l'avis de l'OAI.

E. 18

Abordant les aspects médicaux figurant au dossier, il sied de relever que, dans son rapport médical du 21 juillet 2008, la Dresse A_____ indique en particulier une incapacité de travail à 100% dès le 1er mai 2008 en précisant que, pour des activités uniquement en position assise, l'exigence pourrait être de quatre heures par jour soit 50%. Dans son rapport intermédiaire à l'attention de l'OAI, du 30 novembre 2008, la Dresse A_____ qui qualifie l'état de santé de la recourante de stationnaire, indique en particulier que sa capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle (femme de ménage) reste de 0% mais que dans une activité adaptée à évaluer, la capacité de travail est de 50% environ. Le rapport médical du 13 novembre 2009 précise que la capacité de reprendre son travail de femme de ménage est de 0%. La Dresse A_____ relève également, le 16 mars 2011, que la recourante ressent des douleurs chroniques qui l'empêchent de suivre les tâches ménagères et maintient, le 2 novembre 2011, que sa capacité de travailler dans le nettoyage est de 0%. Pour sa part, le Dresse C_____ qui a suivi la recourante en février et mars 2008, a indiqué, lors de son audition par la Cour, avoir diagnostiqué une lombalgie basse L4-L5 / L5-S1 ainsi qu'une périarthrite de la hanche droite. Elle a en outre précisé, qu'à la suite de la lecture intégrale du rapport d'examen de médecine interne et rhumatologie du 16 février 2009, elle était, globalement, d'accord avec les diagnostics énoncés et avec les limitations fonctionnelles. En revanche, au sujet de la capacité de travail, elle ne pensait pas que celle-ci soit de 100%, mais pourrait être de 50% en raison du fait qu'elle était limitée par les éléments énoncés précédemment, plus le déconditionnement musculaire et le surpoids, qui rendaient la reprise d'une activité professionnelle difficile. Elle insistait encore sur le fait que, même abstraction faite des problèmes de surpoids et de déconditionnement musculaire ou des problèmes de langue, la capacité de travail à son sens de 50% était justifiée principalement par les lombalgies.

E. 19

De son côté, les différents rapports du SMR qui se réfèrent essentiellement à l'examen de médecine interne et de rhumatologie du Dr B_____ du 16 février 2009, indiquent que la capacité de travail exigible est de 0% en tant que nettoyeuse en raison notamment de l'atteinte lombaire tout à fait significative. Toutefois, dans

A/3822/2009 - 23/27 - une activité adaptée, théoriquement, la capacité de travail doit être considérée comme complète et complètement exigible.

E. 20

Il convient d'examiner la valeur probante des différents rapports figurant au dossier.

E. 21

Au sujet de la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C_603/2009) « En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). »

E. 22

Le juge peut en outre accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. (citation ATAS/1198/2009)

E. 23

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V précité consid. 3b/bb et cc)

E. 24

En l'occurrence, les rapports médicaux, convergents au niveau des diagnostics, admettent que la recourante est en incapacité totale de travail dans son activité habituelle du nettoyage. En revanche, dans son rapport du 28 juillet 2008, la Dresse A_____ estime qu'une activité adaptée est exigible à raison de 4 heures par jour qui devrait être évaluée, selon son rapport du 30 novembre 2008. Ce médecin a précisé, lors de son audition du 26 mai 2011, qu'elle avait répondu à la question relative à une activité adaptée qu'une capacité de travail à 50 % était à évaluer et qu'une activité adaptée aurait été possible dans un travail intellectuel mais pas physique, et que cette activité adaptée aurait été difficile en fonction de la formation

A/3822/2009 - 24/27 - de la recourante. Au sujet de la possibilité de la recourante de préparer les repas, comme cela figure dans l'enquête ménagère, la Dresse A_____ répond par l'affirmative, en précisant qu'elle est toutefois limitée par les questions de charges. Pour sa part, la Dresse C_____ insiste, lors de son audition du 7 juillet 2011, sur le fait que, même abstraction faite des problèmes de surpoids et de déconditionnement musculaire ou des problèmes de langue, la capacité de travail à son sens de 50% est justifiée principalement par les lombalgies. De plus, les diagnostics constatés n'empêchent pas les activités ménagères même si certains travaux peuvent être difficiles. En respectant les limitations fonctionnelles, ce médecin estime que la recourante pourrait avoir une activité

professionnelle.

E. 25

De son côté, le SMR qui, suite à l'examen de médecine interne et de rhumatologie du 16 février 2009, avait conclu à une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, en exposant les limitations fonctionnelles. Ces conclusions ont été confirmées par le SMR, lors de l'avis médical du 22 janvier 2010 ainsi que, suite à l'examen des procès-verbaux d'audience des Dresses A _____ et C _____, à l'occasion de l'avis médical du 21 octobre 2011.

E. 26

En l'espèce, le rapport d'examen de médecine interne et de rhumatologie établi par le Dr B _____, médecin du SMR, fait état de l'anamnèse complète et des plaintes de l'assurée ainsi que du status décrivant les examens pratiqués et le dossier radiologique. Le rapport pose des diagnostics précis tant avec répercussion que sans répercussion sur la capacité de travail et développe une appréciation du cas pour enfin décrire, en particulier, les limitations fonctionnelles permettant, dans le respect de ces limitations, d'exercer une activité adaptée à 100%. Remplissant l'ensemble des requisits jurisprudentiels, il y a lieu d'accorder pleine valeur probante à ce rapport dont les conclusions ont été confirmées à plusieurs reprises par d'autres médecins du SMR, ayant analysé les rapports notamment de la Dresse A _____.

E. 27

En ce qui concerne l'aide apportée par la famille dans la tenue du ménage, celle-ci est exigible dans une mesure plus large que ce que l'on pourrait attendre si l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral. En outre, dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe de 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. De plus, comme l'a mentionné la Dresse C _____, les diagnostics constatés n'empêchent pas les activités ménagères même si certains travaux peuvent être difficiles.

E. 28

Au sujet du droit au reclassement ayant fait l'objet de la demande du 12 juin 2008, ce droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens

A/3822/2009 - 25/27 - de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). En l'espèce, la diminution de la capacité de gain de la recourante n'atteint pas le seuil minimum de 20% prévu par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement, ce droit n'est pas ouvert et l'OAI a rejeté, à juste titre, la demande à cet effet. De plus, il convient de rappeler que la décision de refus de reclassement proposait une éventuelle aide au placement qui n'a, en l'état, pas été sollicitée par la recourante

E. 29

En ce qui concerne le grief de l'absence d'indication du type d'activité adaptée que la recourante pourrait exercer compte tenu de son état physique mais également de ses lacunes intellectuelles évidentes, la Cour relèvera qu'il n'appartient pas à l'OAI de définir de manière concrète les activités envisageables et que le médecin a indiqué les limitations fonctionnelles de l'assurée. De plus, le Tribunal fédéral a relevé, à plusieurs reprises, que l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé et que l'AI ne répond pas d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques car « l'incapacité de travail » qui en résulte n'est pas due à l'invalidité (I 943/05 et I 500/02).

E. 30

Au sujet de la demande d'une nouvelle expertise médicale, le TF a relevé que le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu (arrêt I 363/99 du 8 février 2000 consid. 4, in SVR 2001 IV no 10 p. 28) s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF du 29 août 2008 9C 575/2008). En présence des avis médicaux précités et, en particulier, du rapport d'examen de médecine interne et de rhumatologie, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire, comme le requiert la recourante.

E. 31

Se basant sur les conclusions de l'enquête ménagère ainsi que sur la comparaison des revenus sans et avec invalidité (selon dernier salaire indexé), l'OAI aboutit à un taux d'invalidité de 11.50% soit 12%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente

E. 32

Partageant l'avis de l'OAI au sujet du fait que notamment les éléments médicaux produits par la recourante ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du rapport du SMR du 16 février 2009, corroborées par les rapports successifs du SMR, la Cour de céans retiendra la valeur probante des rapports d'examen du SMR et se ralliera aux conclusions de l'OAI.

A/3822/2009 - 26/27 -

E. 33

Les décisions de l'OAI des 21 septembre 2009 et 28 octobre 2010 seront ainsi confirmées et le recours est rejeté.

A/3822/2009 - 27/27 - 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.