

GE_GERICHTE A/1829/2014 vom 23. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1829_2014

FR: GE_GERICHTE A/1829/2014 du 23 mars 2015

IT: GE_GERICHTE A/1829/2014 del 23 marzo 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.03.2015
A/1829/2014

A/1829/2014 ATAS/218/2015 du 23.03.2015 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1829/2014
ATAS/218/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 mars
2015 10 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à COLOGNY recourante
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue
des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou
la recourante), suisse, née en 1982, domiciliée dans le canton de Genève, est atteinte
d'une amyotrophie spinale infantile intermédiaire progressive, depuis sa
naissance.![endif]>![if> 2. De 2001 à 2012 elle a étudié à l'Université de Genève, à la
faculté des sciences économiques et sociales (SES) où elle a obtenu, en septembre 2009,
une maîtrise universitaire en histoire économique et sociale orientation géographie
humaine, puis à l'Institut universitaire de formation des enseignants (IUFÉ) et obtenu une
maîtrise universitaire spécialisée en enseignement secondaire (MASE), en histoire, en juin
2012.![endif]>![if> 3. Elle bénéficie de moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité
depuis un certain nombre d'années (fauteuil roulant, adaptation de sa voiture, contribution à
l'amortissement de son véhicule).![endif]>![if> 4. D'août 2011 à juin 2012, dans le
cadre de ses études, elle a enseigné en tant que stagiaire au cycle d'orientation de B_____,
avec un taux d'activité de 25 %, pour un traitement brut de CHF 1'865.65 par mois. Elle a
été engagée, dans le même établissement, dès août 2012 en qualité de chargée
d'enseignement (maître d'enseignement général) au taux d'activité de 63 %, représentant
5,04 heures par jour, ou 25,2 heures par semaine, pour un traitement brut de CHF 5'133.95
par mois, 13 fois par année.![endif]>![if> 5. En date du 10 octobre 2012, invitée à
entreprendre cette démarche par le biais de son employeur, elle a déposé une demande de
prestations AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après :
l'OAI ou l'intimé), en vue d'obtenir une adaptation du poste de travail et une rente, en
fonction de son atteinte à la santé, invalidante.![endif]>![if> 6. Entendue dans le cadre
d'un rapport d'évaluation, le 16 janvier 2013, elle a notamment décrit un état de fatigue à la
limite de l'épuisement, une force musculaire réduite et des difficultés à récupérer. Vu son
atteinte à la santé, soit une maladie congénitale évolutive l'empêchant de travailler à plein
temps, elle n'était pas sûre de pouvoir tenir son taux de travail actuel sur le long terme. Elle
avait l'intention de demander une réduction de son temps de travail à 50 % dès la rentrée
scolaire 2013-2014.![endif]>![if> 7. Par décision du 18 janvier 2013, l'OAI a pris en
charge, dans le cadre de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du
poste de travail, les frais pour l'acquisition d'un ordinateur portable et d'un
beamer.![endif]>![if> 8. Le 1 er février 2013, le professeur C_____, spécialiste FMH
en chirurgie orthopédique, médecin-traitant de l'assurée, depuis 1987, a indiqué le

diagnostic de maladie de Werdnig-Hoffmann (amyotrophie spinale infantile), existante depuis la plus petite enfance. Dans le cadre des renseignements anamnestiques, il a mentionné une faiblesse progressive, le diagnostic susmentionné ayant été posé durant la croissance. Les symptômes sont une faiblesse des membres inférieurs et supérieurs, ainsi qu'une cyphose importante qui fait qu'elle a perdu la marche. Selon l'indication subjective de l'assurée, elle ressent une faiblesse importante ; elle pensait pouvoir prendre une activité d'enseignante au cycle d'orientation à 60 %, mais avait rapidement été débordée par la fatigue générée par sa fonction, raison pour laquelle une demande de diminution de temps de travail et une rente sont demandées. Il a indiqué que dès janvier 2013 l'incapacité de travail dans l'activité exercée est de 50 %, de façon permanente. Sa patiente se déplace en fauteuil roulant, mais les locaux de l'établissement où elle enseigne sont adaptés. Elle a surtout une grande fatigue musculaire pour tout ce qui accompagne sa fonction d'enseignante, raison pour laquelle elle ne peut travailler plus de 50 % de ses horaires. Du point de vue médical l'activité exercée est encore exigible à 50 %. Le rendement est réduit, car les travaux de préparation des cours sont un peu plus longs pour elle. Il confirme la nécessité d'adaptation de l'équipement de la salle de classe, pour qu'elle puisse enseigner de manière satisfaisante. Compte tenu de la progression lente (aggravation) de la maladie, on ne peut s'attendre à une amélioration de la capacité de travail à plus de 50 %.

9. Dans un rapport actualisé du 13 novembre 2013, le Prof. C_____ a confirmé que l'état de la patiente devait être considéré comme stationnaire depuis sa dernière consultation en janvier 2013, époque où sa capacité de travail était de 50 % et qui n'allait pas aller en s'améliorant.

10. Le 18 novembre 2013, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, indique que l'état de santé de sa patiente s'est aggravé, le taux de capacité de travail, inconnu, se situe probablement à hauteur de 40 à 50 %, en raison d'une aggravation de la faiblesse dans les membres inférieurs.

11. Le 12 janvier 2014, l'office du personnel de l'État a indiqué qu'à dater du 1^{er} septembre 2013, l'assurée travaillait à 50 % (10-12 heures par semaine), son salaire brut étant désormais fixé à CHF 4'115.35, 13 fois par année.

12. Par note interne du 15 janvier 2014, l'OAI, fort notamment des indications fournies par l'employeur, a considéré qu'il était vraisemblable que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 100 %, retenant ainsi un statut d'assurée active.

13. Par courrier du 24 janvier 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente, considérant que, dès le 22 janvier 2013, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail est considérablement restreinte. Sur la base des éléments médicaux recueillis, sa capacité de travail est de 50 % dans toute activité professionnelle dès le 22 janvier 2014, date de l'échéance du délai d'attente. En conséquence dès le 1^{er} janvier 2014, elle a droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %.

14. Sur recommandation de son service médical régional, l'OAI a encore examiné les conditions de l'éventuel octroi d'une rente d'impotence.

L'assurée a rempli à cet effet, en date du 9 mars 2014, le questionnaire portant sur les besoins d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie :

- pour « se vêtir/se dévêtir » elle avait besoin, depuis toujours, d'aide pour les essayages lors de l'achat de vêtements, une fois par mois.
- Pour « se lever/s'asseoir/se coucher », elle avait besoin d'une aide depuis décembre 2009 pour se lever lorsqu'elle est trop fatiguée, environ 5 fois par semaine.
- Pour les « soins du corps », depuis mai 2012, elle avait besoin d'aide pour se relever depuis la planche de sa baignoire, une fois par jour.
- Pour se déplacer à l'extérieur, dès 2002, elle avait besoin d'aide pour faire ses courses une fois par semaine.

- S'agissant des moyens auxiliaires, elle a inventorié un fauteuil roulant manuel, une planche de bain, un lit haut, une voiture adaptée pour conduite à la main, une pince « attrape-tout », un ordinateur et un beamer sur son lieu de travail. S'agissant du besoin d'aide pour lui permettre de vivre chez elle, elle a indiqué que depuis toujours elle avait besoin d'une aide dans les tâches ménagères (ménage, lessives, courses, changer ses draps, vaisselle) et d'autres tâches diverses (planter un clou, déplacer un meuble, monter un meuble, amener des choses à la cave, rempoter ses plantes, ...). Elle a enfin remarqué d'une façon générale qu'il lui est difficile d'évaluer la fréquence de l'aide dont elle a besoin et le moment où ses besoins sont apparus, souffrant d'une maladie dégénérative qui a des conséquences sur sa force musculaire. Ses capacités varient donc beaucoup selon son état de fatigue. Le Prof. C_____ a indiqué, dans un courrier du 14 avril 2014, que pour tous les gestes de la vie courante, pour la toilette, pour les courses et les tâches de ménage, la patiente avait besoin d'aide. En raison de son affection neurologique, sa faiblesse et sa fatigabilité variant, l'aide dont elle doit bénéficier varie également. Avec une aide de son entourage, cette patiente peut vivre seule. Il est certain que sans accompagnement, elle ne pourrait vivre de façon indépendante et devrait bénéficier d'un cadre spécialisé. Elle ne pourrait pas structurer une journée seule, et faire face aux situations quotidiennes. S'agissant de l'évaluation du besoin d'accompagnement, il est d'au minimum une heure par jour, mais il peut varier selon l'état de fatigabilité de la patiente. On peut donc estimer à environ 12 heures par semaine, l'aide nécessaire pour la toilette, les courses et les tâches ménagères. L'accompagnement est effectué principalement par la maman et éventuellement par des amis. S'agissant de déterminer en quoi consiste l'aide apportée pour chaque acte ordinaire de la vie, rappelant que sa patiente est dans un état de faiblesse musculaire importante, faiblesse impliquant également le tronc, avec une cyphose souple et un effondrement qui est également un élément d'augmentation de son épuisement, les gestes faits sans port de charges sont possibles, mais dès qu'un geste implique un peu plus de force et d'endurance, elle a besoin d'aide. Il pouvait situer l'origine de ce besoin d'aide au début janvier 2008. 15. Le 6 mai 2014, l'OAI a décerné un mandat d'enquête à domicile afin de déterminer le degré d'impotence. 16. Le 27 mai 2014, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assurée une demi-rente simple de CHF 616.- par mois, dès le 1^{er} janvier 2014. Le calcul s'effectue de la manière suivante : prise en compte des revenus de vous-même, revenu annuel moyen déterminant : CHF 16'848 durée de cotisations prise en compte : 11 années échelle de rente applicable : 44, échelle complète degré d'invalidité de l'ayant droit : 50 % 17. Par courrier recommandé du 24 juin 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision : elle conclut à la reconsidération du montant de sa prestation AI. Selon ses propres termes, la recourante fait valoir ce qui suit : « Je ne m'oppose pas à la demi-rente, mais au calcul de son montant, qui semble découler de son caractère ordinaire. En effet, je suis invalide depuis ma naissance, et mon handicap est reconnu en tant que tel par l'AI, qui m'a toujours fait bénéficier des moyens auxiliaires nécessaires. Mon médecin, ... pourra vous confirmer l'étendue de mon handicap. Selon les points 40 et 42 du document sur les rentes d'invalidité de l'AI (état au 1^{er} janvier 2014), je devrais toucher une rente d'invalidité extraordinaire, dont le montant s'élève au minimum à 133 1/3 % de la rente complète. » Durant ses études, rallongées de 2 ans à cause de son handicap, elle était dans l'incapacité physique de travailler. Intéressée par le métier d'enseignante, elle avait dû interrompre ses études, afin d'avoir la force d'effectuer des remplacements pour savoir si cette voie professionnelle lui correspondait. Elle est ainsi étonnée que l'OAI se base sur ces années-là pour calculer le

montant de la prestation à laquelle elle a droit, puisque sa capacité de gain était quasiment nulle en raison de son invalidité. Le montant qui en découle est ainsi moins élevé que celui auquel elle devrait avoir droit du fait de son invalidité de naissance. Elle ne devait pas être pénalisée pour n'avoir pas demandé un soutien financier de l'AI plus tôt, et avoir accompli une formation qui lui permettait d'avoir aujourd'hui un salaire. La décision entreprise stipule que sa capacité actuelle de travailler est nulle dans toute activité professionnelle, ce qui est tout à fait incorrect, dès lors qu'elle travaille au cycle d'orientation de B_____ depuis 3 ans. 18. L'intimé conclut au rejet du recours.!

Le litige porte sur le droit à une rente extraordinaire en lieu et place de la rente ordinaire octroyée par l'OAI. L'assurée ne conteste pas le taux d'invalidité tel que retenu, à savoir 50 %. Le droit des ressortissants suisses aux rentes extraordinaires est déterminé par la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS – RS 831. 10). Selon ces dispositions, les ressortissants suisses ayant leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins. Or, dans le cas particulier, l'intéressée a cotisé plus d'une année, selon les renseignements ressortant de son compte individuel, de sorte que c'est bien à une rente ordinaire qu'elle a droit et non pas à une rente extraordinaire. 19. En date du 12 août 2014, la recourante a répliqué.

L'intimé fait valoir qu'elle a cotisé plus d'une année avant sa demande, mais ne prend pas en compte que ses cotisations ont été fortement réduites du fait même de son handicap, et fractionnées au cours du temps. Avant 2011, elle n'a pu travailler que très ponctuellement. Entre septembre 2011 et juin 2012, elle a été stagiaire à 25 % au cycle d'orientation de B_____. Ce stage de 10 mois fait partie de la formation des enseignants du secondaire, mais il doit normalement s'effectuer à 50%. Une dérogation lui a été accordée, afin de limiter cette charge de travail, car elle n'aurait pas pu l'assumer à cause de son invalidité. Dès septembre 2012, engagée comme chargée d'enseignement au sein du même établissement, elle a été en contact avec le service de santé du personnel de l'État afin d'adapter son poste de travail. Elle avait entrepris ces démarches auprès de l'AI sur conseil de cette administration. À l'époque où elle était encore au collège, à l'approche de ses 18 ans, sa conseillère AI de l'époque lui avait indiqué qu'elle n'avait pas droit à des prestations de l'AI en raison de ses études. Tout ce temps, elle avait eu à cœur d'être la plus indépendante possible et avait tout mis en œuvre afin d'assurer son avenir professionnel. Apprenant aujourd'hui qu'elle aurait rempli depuis des années les conditions fixées par la loi pour obtenir des prestations de l'assurance-invalidité, au niveau personnel et professionnel elle ne regrette pas de n'avoir pas fait de demande plus tôt, mais elle est choquée que cela la pénalise aujourd'hui et pour l'avenir. 20. L'intimé, invité à se déterminer sur la réplique de la recourante, a persisté dans ses conclusions, aucun élément nouveau ne lui permettant de modifier son appréciation.!

21. Sur quoi la cause a été gardée à juger.!

22. Entre temps la chambre de céans a été informée que, par décision du 25 septembre 2014, l'OAI a rendu une décision reconnaissant à l'assurée une impotence d'un degré moyen et lui allouant une rente mensuelle de CHF 1'160.- par mois pour la période de novembre à décembre 2012 inclusivement, et CHF 1'170.- par mois dès janvier 2013.!

EN DROIT 1. 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 1 er 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).! [endif]>! [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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.! [endif]>! [if> 3. Le litige porte sur le droit à une rente extraordinaire en lieu et place de la rente ordinaire octroyée par l'OAI. Comme on le verra, en tant que le recours porte sur la question du droit de la recourante à prétendre à une rente d'impotent, il est irrecevable car prématuré.! [endif]>! [if> 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).! [endif]>! [if> 5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. Il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. Aux termes de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.! [endif]>! [if> 6. 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 demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.! [endif]>! [if> 7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).! [endif]>! [if> 8. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est 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 donc pas à elle seule déterminante et ne sera 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).! [endif]>! [if> 9. 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).! [endif]>! [if> 10. 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. 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).!

11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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. 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).!

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une

expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).!endif]>![if> 14. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.!endif]>![if> 15. A teneur de l'art. 39 al. 1 LAI, le droit des ressortissants suisses aux rentes extraordinaires est déterminé par les dispositions de la LAVS. Selon l'art. 42 al. 1 LAVS, les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins. !endif]>![if> 16. L'art. 40 LAI stipule que les rentes extraordinaires sont égales, sous réserve des alinéas 2 et 3, au montant minimum des rentes ordinaires complètes qui leur correspondent (al.1). L'alinéa 3 de cette disposition stipule que les rentes extraordinaires octroyés aux personnes devenues invalides avant le 1er décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle ils ont atteint 20 ans révolus, s'élève à 133 1/3 % du montant minimum de la rente ordinaire complète qui leur correspond.!endif]>![if> 17. Selon l'art. 42 LAI les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42bis est réservé (al.1). L'impotence peut-être grave, moyenne ou faible (al.2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42 bis alinéa 5 est réservé (al.3).!endif]>![if> 18. Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.!endif]>![if> 19. Selon l'art. 49 al. 1 LPGGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (alinéa 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (alinéa 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des particuliers. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (alinéa 3).!endif]>![if> 20. En l'espèce, la recourante, à juste titre, ne conteste pas le principe de la demi-rente, laquelle a été fixée conformément aux dispositions applicables, le taux d'invalidité ayant été arrêté à 50 % dès janvier 2013, selon les documents médicaux versés au dossier, la capacité de travail retenue par les médecins traitants, approuvée par le SMR, étant la même dans toute activité, y compris dans celle d'enseignante, que l'assurée continue à exercer à 50%, le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail, soit 50%. Ce taux ouvre le droit à une demi-rente. !endif]>![if> Le statut retenu pour la recourante, est celui d'une personne active, dès lors qu'il a été considéré que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à

temps complet, ce qu'elle ne conteste pas, au contraire. 21. Ceci dit, il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner le premier grief de la recourante, qui estime que, dans le cas particulier, l'intimé aurait dû lui allouer une rente extraordinaire au sens de l'art. 40 LAI et plus particulièrement au sens de l'alinéa 3 de cette disposition, estimant ainsi avoir droit à une telle rente, devant être fixée à 133 1/3 % du montant minimum de la rente ordinaire complète lui correspondant, dans la mesure où elle est devenue invalide avant le 1^{er} décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elle a atteint 20 ans révolus.

Comme le prévoit l'art. 39 al.1 LAI, le droit à une telle rente se détermine en fonction des dispositions de la LAVS, en l'occurrence par l'art. 42 LAVS. Au regard de celui-ci, si la recourante réunit en effet les premières conditions posées par cette disposition légale, étant suisse, domiciliée et ayant sa résidence habituelle en Suisse, et pouvant en outre se prévaloir du même nombre d'années d'assurance que les personnes de sa classe d'âge, elle ne réalise en revanche pas la dernière condition posée: la rente extraordinaire est en effet allouée à un assuré réunissant les conditions que l'on vient d'énumérer, mais faut-il encore qu'il n'ait pas droit à une rente ordinaire parce qu'il n'a pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins. En l'occurrence, la recourante se voit, à juste titre, allouer une rente ordinaire, respectivement une demi-rente ordinaire, calculée selon l'échelle 44 - rentes complètes mensuelles -, précisément applicable aux personnes ayant le même nombre d'années d'assurance que celles de leur classe d'âge, en l'espèce 11 années, au moment du calcul déterminant, soit dès le 1^{er} janvier 2003, pour la recourante, née le 22 juin 1982 (art. 3 LAVS), ce qui ressort de l'extrait de son compte individuel (Doc 42 dossier intimé). C'est donc à juste titre que la recourante s'est vue allouer une rente ordinaire, n'ayant pas droit à une rente extraordinaire. Ce grief, mal fondé, doit être rejeté. 22. Reste à déterminer ce qu'il faut comprendre de l'argumentation de la recourante en tant qu'elle conclut à ce que le montant de sa prestation AI soit reconsidéré.

Dans le cas d'espèce, il y a lieu de tenir compte du fait que la recourante, non juriste, et a priori non versée dans le domaine des assurances sociales, conteste en réalité la somme de la prestation en espèces que l'intimé lui a octroyée, mensuellement, toutes qualifications confondues. Comme on l'a vu, elle ne conteste pas le principe de la demi-rente, mais au final le montant qui lui a été alloué, compte tenu du fait qu'elle est invalide depuis sa naissance, et que son handicap a toujours été reconnu en tant que tel, en en voulant pour preuve que l'OAI l'a toujours fait bénéficier des moyens auxiliaires nécessaires. Elle estime que le montant fixé devrait être supérieur, mais se trompe dans les motifs qu'elle invoque. Comme on l'a vu, les conditions d'octroi d'une rente extraordinaire ne sont en effet pas réunies dans son cas. En ce sens on doit considérer que la recourante estime avoir droit à un montant supplémentaire par rapport à la demi-rente, compte tenu de son handicap : elle vise en effet non seulement l'art. 40 LAI mais également l'art. 42 LAI : cette dernière disposition est précisément celle qui vise le droit à l'allocation pour impotent. Or, il ressort du dossier que l'intimé a ouvert une instruction, sur recommandation de son service médical, aux fins de déterminer si l'assurée pouvait bénéficier d'une rente d'impotent. Il a fait remplir à cet effet à l'assurée, un formulaire de demande de prestations spécifiques, considérant dès lors que l'intéressée avait formulé une demande dans ce sens. Les renseignements que cette dernière a fournis ayant été complétés par des explications motivées et détaillées de son médecin, l'OAI a invité son service spécialisé à procéder à une enquête à domicile. Il a ainsi agi dans le respect des obligations qui lui incombent (art. 43 al. 1 LPG), en examinant d'office si d'autres prestations que celles envisagées dans la demande initiale pouvaient entrer en ligne de compte dans le cas de l'assurée. Peu de temps

après, et sans attendre le résultat de l'enquête à domicile confiée à son service spécialisé, l'OAI a rendu la décision entreprise, cette décision ne portant que sur l'octroi de la demi-rente ordinaire. Il est dès lors vraisemblable que la recourante, à réception de la décision entreprise, ait pu, à tort, en déduire qu'aucune autre prestation que la demi-rente en cause, ne lui serait octroyée, et en particulier l'éventuelle rente pour impotent, par rapport à laquelle elle et son médecin avaient été interrogés peu de temps avant. Il convient d'observer à cet égard que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir statué sur la rente ordinaire, avant de pouvoir déterminer si l'intéressée pouvait ou non bénéficier d'une rente d'impotent. Il s'agit en effet de 2 types de prestations distinctes, au sujet desquelles l'assureur social doit se prononcer, pour chacune par écrit, dans une décision formelle indiquant les voies de recours (art. 49 LPGA). Force est du reste de constater que la décision entreprise n'a nullement évoqué la question de l'allocation pour impotent. Étant encore rappelé que la procédure administrative est régie par le principe de célérité, l'intimé étant, en mai 2014, en mesure de statuer sur la rente ordinaire, il l'a donc fait à juste titre sans attendre de pouvoir être en mesure de rendre une décision concernant l'éventuelle allocation pour impotent. En ce sens, le recours de l'assurée était donc prématuré, et partant irrecevable. La suite des événements a du reste apporté confirmation de ce qui précède à la recourante, puisqu'à fin septembre 2014 elle s'est vue allouer une rente d'impotent avec effet en novembre 2012. 23. En tous points mal fondé, le recours sera rejeté, dans la mesure de sa recevabilité. 24. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il est renoncé à tout émolument. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette dans la mesure de sa recevabilité. 3. Il est renoncé à tout émolument. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le