

## **GE\_GERICHTE A/2230/2017 vom 18. September 2018**

GE Cour de justice, 2018-09-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2230\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2230_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/2230/2017 du 18 septembre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/2230/2017 del 18 settembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o Madame B\_\_\_\_\_, à GENÈVE, représentée par APAS-association pour la permanence de défense des patients et des assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), célibataire, est née le \_\_\_\_\_1991. En mai 1997, elle est tombée par la fenêtre du 5 ème étage et a subi notamment un pneumothorax bilatéral, une fracture de D3, une fracture tibia-péroné à droite, une pancréatite traumatique, des troubles mnésiques, une fracture pelvienne à déplacement vertical, une fracture de l'os iliaque, ainsi qu'une fracture des branches ischio et ilio-pubiennes. En 1999, les diagnostics de trouble de la personnalité pris dans une dysharmonie évolutive et de personnalité émotionnellement labile (F 60.0) ont été posés. L'assurée a effectué une formation aux centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA) en 2010 et a travaillé en tant qu'aide de crèche de 2009 à juin 2012. Elle a donné naissance à un garçon, le \_\_\_\_\_2012, qui bénéficie d'une rente complémentaire pour enfant depuis sa naissance en raison de l'invalidité de son père. L'assurée est en incapacité de travail à 100 % depuis le 10 décembre 2012. Elle a perçu des prestations cantonales de chômage jusqu'au 17 mars 2014. ![/endif]>![if> 2. Le 20 août 2014, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Elle a indiqué qu'elle présentait des douleurs sacro-iliaques, de la symphyse pubienne, de la colonne vertébrale (cervicale, dorsale et lombaire) et du genou gauche. Elle avait été femme au foyer de 2012 à 2014. ![/endif]>![if> 3. Interrogé par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) sur l'état de santé de l'assurée, par courrier du 10 septembre 2014, le professeur C\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a répondu qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis mai 2013. Il a joint à son courrier deux rapports médicaux du 24 avril 2013 et 22 mai 2013 adressés au médecin traitant. ![/endif]>![if> Dans son rapport du 24 avril 2013, le Prof. C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée se plaignait depuis son accouchement de douleurs dans les régions sacro-iliaque et lombo-sacrée irradiant dans le bassin à gauche et à droite. Les douleurs étaient exacerbées en position assise et à la marche. Depuis son accouchement, l'assurée avait augmenté de poids, qui était de 100 kg pour 163 cm. À l'examen, la marche se faisait avec une boiterie de type pendulaire. La mobilisation du cadre pelvien provoquait des douleurs dans les régions sacro-iliaque et lombo-sacrée. À son avis, les douleurs décrites par l'assurée n'avaient pas de lien évident avec son accouchement. La radiologie actuelle permettait d'exclure une rupture obstétricale de la symphyse pubienne. Toutefois, il existait une asymétrie de l'articulation sacro-iliaque post-traumatique qui pourrait éventuellement être à l'origine des douleurs. Le Prof. C\_\_\_\_\_ a recommandé à l'assurée une reprise, le plus

rapidement possible, d'une activité physique et une perte pondérale qui étaient toutes deux probablement susceptibles d'améliorer la symptomatologie. Dans son rapport du 22 mai 2013, consécutif à un scanner du bassin, le Prof. C\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée présentait une atteinte dégénérative des articulations sacro-iliaques droite et gauche probablement séquellaire à la grave fracture pelvienne subie dans l'enfance. Une arthrodèse de l'articulation sacro-iliaque restait envisageable en cas d'échec des mesures préconisées.

4. Dans un rapport du 15 septembre 2014, le docteur D\_\_\_\_\_, endocrinologue FMH, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un polytraumatisme après une chute du cinquième étage en 1997 et une obésité morbide depuis 2013 (augmentation de poids de 25 kg avec stérilet hormonal). Sans incidence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une hyperthyroïdie. Il a constaté une réactivation des douleurs du bassin après l'accouchement du \_\_\_\_\_ 2012. L'activité d'aide de crèche n'était plus exigible. L'assurée souhaiterait exercer une activité de bureau ou de maman de jour. Le rendement était réduit en raison du surpoids et de douleurs au bassin à la marche. Une activité adaptée était possible à raison de trois à quatre heures par jour, à savoir sans position nécessitant de se pencher, d'être accroupi ou à genoux, de monter sur une échelle/un échafaudage ou des escaliers, et sans port de charges de plus de 10 kg. La capacité de travail exigible était de 30 à 40%. On pouvait s'attendre à une amélioration de 20 % de la capacité de travail à partir du 2 janvier 2015.

5. Par formulaire du 14 octobre 2014, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a indiqué qu'un délai-cadre avait été ouvert en faveur de l'assurée du 15 septembre 2011 au 14 septembre 2013 sans droit aux indemnités et du 8 août 2012 au 7 août 2014 avec droit aux indemnités. L'assurée recherchait une activité à un taux de 100 %.

6. Dans un rapport du 21 novembre 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail, des troubles de la personnalité existants dès 1997, un trouble dépressif récurrent avec symptômes somatiques présent dès septembre 2012, une pubalgie sans disjonction pubienne présente dès septembre 2012, une dysfonction sacro-iliaque gauche sur arthrose bilatérale post-traumatique présente dès 1997, ainsi qu'une hyperlaxité/entorse chronique du ligament croisé antérieur existante dès 2003. Sans effet sur la capacité de travail, il a également diagnostiqué une obésité présente depuis l'adolescence et une hypothyroïdie ayant débuté en 2013. L'assurée avait assisté à de multiples reprises durant sa première enfance à des violences parentales de la part de son père. Lors de la séparation de ses parents, alors qu'elle avait 7 ans, elle avait été victime de plusieurs attouchements de la part de son père lorsqu'elle passait le week-end chez lui. Elle avait eu un suivi psychologique pendant plusieurs années et présentait une forte émotivité. À la suite de la chute du 5<sup>ème</sup> étage alors qu'elle était âgée de 6 ans, elle avait été hospitalisée durant deux mois et avait développé une peur des hôpitaux, des médecins et des infiltrations sous forme d'un vrai trouble de stress post traumatique (PTSD) qui s'était chronicisé. Les plaintes douloureuses étaient clairement exprimées comme étant en grande partie des récurrences de douleurs de son polytraumatisme à 6 ans. Après son accouchement par voie basse, elle s'était plainte de douleurs lombaires basses avec irradiation à la hanche droite et à la fesse droite, ainsi que d'un tassement douloureux chronique, de douleurs dorsales hautes apparues deux mois après l'accouchement irradiant aux cuisses et d'un lâchage intermittent du genou gauche. Le pronostic était mauvais car, en sus des clairs problèmes orthopédiques, l'assurée était dans le déni de toute affection psychologique avec absence d'introspection, ce qui rendait difficile un travail de soutien psychologique. La possibilité d'un trouble de la personnalité de type évitant consécutif au polytraumatisme infantin et d'un trouble de l'humeur avec

somatisation mériterait une expertise psychiatrique. Depuis le jour de l'accouchement, la gestion du stress était très difficile chez une assurée émotionnellement labile, fatiguée et fatigable. Le port de charges de plus de 5 kg était douloureux au niveau dorsolombaire. Les douleurs à ce niveau et au bassin restreignaient la mobilité qui était actuellement limitée à 100 m sans pause. L'activité exercée était encore exigible possiblement à raison de deux à trois heures par jour durant quatre à cinq jours par semaine. La diminution de rendement était probablement de 50 % en raison de la lenteur des mouvements afin de permettre une meilleure gestion du port de charges et des déplacements. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 20 % dès le début 2015, au vu notamment d'une perte pondérale en cours suite à un changement de contraception hormonale avec diminution de l'intensité de certaines douleurs. La reprise d'une activité similaire à celle exercée en dernier lieu avec les restrictions mentionnées pourrait être tentée dans le cadre d'une reprise thérapeutique, sans exigence de rendement. Une reconversion dans des tâches moins lourdes physiquement était souhaitable et nettement plus adaptée qu'une rente partielle avec reprise partielle de l'ancienne activité. Le Dr E\_\_\_\_\_ a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et orthopédique, voire rhumatologique. Les limitations fonctionnelles consistaient en outre en impossibilité à exercer des activités uniquement en position debout et principalement en marchant, à se pencher, à travailler avec les bras au-dessus de la tête, à être accroupi et à genoux, à faire des rotations en position assise ou debout, à monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers. L'assurée devait aussi avoir un environnement de travail peu stressant. !endif>!if> 7. Par communication du 19 janvier 2015, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation professionnelles au motif qu'elles n'étaient actuellement pas indiquées. Il poursuivait l'instruction du dossier dans le but de déterminer le droit à une rente d'invalidité. Toutefois, au cas où des mesures professionnelles seraient indiquées ultérieurement, il se réservait le droit d'en proposer avant d'envisager l'éventuel octroi d'une rente. !endif>!if> 8. L'assurée a été examinée, le 15 octobre 2015, par le docteur F\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et la doctoresse G\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, tous deux médecins du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur rapport d'examen du 27 octobre 2015, les médecins du SMR ont relevé que l'assurée était enceinte de cinq mois et qu'elle vivait chez sa mère. Ils ont diagnostiqué avec répercussion durable sur la capacité de travail, une arthrose bilatérale des sacro-iliaques probablement séquellaire à la grave fracture du bassin, une périarthrite de hanche bilatérale, une cervico-dorsolombalgie dans le cadre de troubles statiques du rachis avec discrets troubles dégénératifs lombaires et status après fracture de D3, un syndrome rotulien gauche dans le cadre d'une discrète gonarthrose gauche avec ménisque externe discoïde et status après fracture de la rotule gauche anamnestique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment diagnostiqué des douleurs de la cheville droite dans le cadre d'un status après fracture du tibia distal et du péroné, une obésité avec BMI à 36, un status après pneumothorax bilatéral, pneumomédiastin, contusion cardiaque et pulmonaire, pancréatite et traumatisme crânio-cérébral, une hypothyroïdie substituée, une suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien droit, un trouble de la personnalité limite inférieure (F 60.31) – non décompensé – et une acrophobie (F 40.2). L'assurée se plaignait notamment de douleurs lombaires, du sacrum et des fesses, d'une irradiation de douleurs vers le bas ventre des deux côtés et vers le pubis, de cervicalgies et dorsalgies, de douleurs à la cheville droite et au genou gauche. Selon l'assurée, la position assise était limitée à cinq à dix minutes par des lombopygalgies et la position debout était limitée à une à deux minutes en raison de lombalgies. À l'examen

clinique, la mobilité lombaire était limitée surtout à la flexion lombaire et à la rétroflexion du tronc. Il existait des signes de non organicité selon Wadell sous forme notamment de lombalgies à la pression axiale céphalique, ainsi que de discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils. La mobilité de la hanche droite était limitée par des douleurs de la fesse droite et de la hanche droite. Au vu des diagnostics, les médecins du SMR retenaient des limitations fonctionnelles qui n'étaient pas respectées dans l'activité habituelle d'auxiliaire de crèche. Par conséquent, dans cette activité, la capacité de travail était nulle. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, la capacité de travail était de 80 % au vu desdites limitations qui se surajoutaient et conduisaient fatalement à une baisse de rendement. La tolérance à la position assise avait été relativement bonne en cours d'entretien puisque l'assurée ne s'était levée que deux fois en une heure et demie. Par conséquent, il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure à 80 % (recte : 20 %). Il n'existait pas chez l'assurée de syndrome douloureux somatoforme, les douleurs étant bien expliquées par les pathologies présentées. Sur le plan psychiatrique, l'assurée manifestait une légère labilité émotionnelle, une fragilité psychologique et des traits dépendants narcissiques. Elle utilisait des défenses comme le déni, l'angoisse de morcellement, la banalisation et la fuite en avant. Le trouble de la personnalité était présent en tout cas depuis l'adolescence et était stable dans le temps. L'examen clinique n'avait pas montré d'état de stress post-traumatique. L'assurée évitait de parler de son accident et vu le peu de moyens d'introspection, une psychothérapie était vouée à l'échec. Le diagnostic anamnestique d'acrophobie n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Celles-ci nécessitaient de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout, de ne pas soulever ou porter régulièrement des charges excédant 5 kg, de ne pas travailler en position en porte-à-faux statique prolongée du tronc, de ne pas être exposé à des vibrations, de ne pas s'agenouiller de façon répétée, de ne pas franchir d'escabeau ou d'échelle, de ne pas travailler en hauteur, de ne pas marcher en terrain irrégulier, de ne pas être debout ou marcher pendant plus d'un quart d'heure et de ne pas franchir régulièrement des escaliers. Depuis le 10 décembre 2012, la capacité de travail était de 0 % dans l'activité habituelle d'auxiliaire de crèche et de 80 % dans une activité adaptée. Elle devait être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.!

Le 2 février 2016, le gestionnaire de l'OAI a généré un mandat de réadaptation pour faire contrôler la capacité de réadaptation de l'assurée et étudier la mise en place de mesures d'observation professionnelle.!

Selon les rapports des divers employeurs, au bénéfice de contrats de travail de durée déterminée, l'assurée avait exercé une activité d'auxiliaire de crèche à 100 % du 15 novembre 2011 au 14 mars 2012 et du 16 mars au 30 juin 2012. !

Dans une note du 4 mars 2016 concernant le statut, le gestionnaire de l'OAI a estimé qu'il était vraisemblable que l'assurée travaillerait à 80 % afin de s'occuper de ses deux enfants. Il a retenu un statut mixte.!

Selon la note d'entretien du service de réadaptation de l'OAI du 13 mai 2016, après sa scolarité obligatoire, l'assurée avait pu travailler à plein temps en tant qu'aide de crèche sans aucune difficulté physique. Elle avait notamment fait des remplacements pendant l'année scolaire 2009-2010, avait été monitrice de colonie durant l'été 2010, puis avait travaillé pendant six mois à 100 % en 2011. N'ayant pas trouvé de place d'apprentissage comme assistante socio-éducative (ASE), elle avait projeté d'obtenir une validation des acquis pour décrocher son certificat fédéral de capacité (CFC). Toutefois,

juste après son premier accouchement, elle avait souffert de violentes douleurs dans les régions lombaire et du bassin qui étaient devenues permanentes et peu supportables. Ces douleurs se seraient aggravées après son deuxième accouchement en 2016. L'assurée vivait chez sa mère et était actuellement principalement occupée par la prise en charge de ses deux jeunes enfants. Elle souhaitait retravailler mais ne savait pas si c'était envisageable, ni dans quelle activité au vu de son état de santé. Le travail de bureau ne lui déplaisait pas. Elle n'avait pas de projet de formation. En raison de ses douleurs, elle avait eu beaucoup de difficultés à rester assise lors de l'entretien et avait dû se lever à plusieurs reprises. Elle avait été informée sur la possibilité d'accomplir un stage d'observation après son congé maternité.!

13. Selon la note de travail du service de réadaptation de l'OAI du 28 octobre 2016, dès la salle d'attente l'assurée avait présenté des difficultés à se lever de sa chaise et à marcher. Lors de l'entretien, elle n'avait cessé de changer de position pour améliorer son confort. S'agissant de la mesure envisagée, elle ne s'imaginait pas faire des déplacements tous les jours pour s'y rendre, même à un faible taux journalier. La réadaptatrice a informé l'assurée qu'elle soumettait le dossier à son médecin-conseil pour un nouvel examen de la situation. !

14. Le 31 octobre 2016, l'assurée a produit deux rapports médicaux, notamment un rapport établi le 11 août 2016 par la doctoresse H\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH. Selon celle-ci, l'assurée vivait chez sa mère, était en concubinage et cherchait un logement. Elle a conclu à la présence de douleurs chroniques mal systématisées du rachis et du pelvis. La radiographie du bassin était globalement stable par rapport à 2013. Elle préconisait la poursuite d'un travail de physiothérapie au long cours et avait encouragé l'assurée à augmenter sa distance de marche. Celle-ci présentait une hypoesthésie diffuse du membre inférieur droit ancienne, sans conflit radiculaire visible sur l'IRM lombaire de 2012. L'atteinte sacro-iliaque n'expliquait pas les paresthésies vulvaires ni l'hypoesthésie diffuse du membre inférieur droit. Elle ne prévoyait pas de suivi systématique en rhumatologie.!

15. Dans un avis du 12 décembre 2016, le SMR a considéré que les nouveaux documents mis à disposition par l'assurée ne démontraient pas d'aggravation de son état de santé et n'étaient pas susceptibles de modifier ses précédentes conclusions. Dans ce contexte, il retenait toujours une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée.!

16. Le 10 janvier 2017, le service de réadaptation de l'OAI a mis un terme à son mandat en calculant le degré d'invalidité de l'assurée. Il a établi à CHF 41'153.- les revenus avec et sans invalidité à 80 % sur la base de l'Enquête suisse sur les salaires (ESS) 2012 (TA1), a procédé à un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidé s'élevant à CHF 32'922.-, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et que seule une activité légère était possible, et a fixé le degré d'invalidité à 20 % en comparant ces deux revenus. Le revenu sans invalidité devait être établi sur une base statistique au motif que le dernier salaire de l'assurée reposait sur un contrat de travail de durée déterminée jusqu'au 30 juin 2012 et que le début de l'incapacité de travail durable datait selon le SMR du 10 décembre 2012, jour à partir duquel l'assurée était inscrite à l'assurance-chômage.!

17. Par projet de décision du 11 janvier 2017, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il a considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait vraisemblablement exercé une activité professionnelle à 80 %, de sorte que son statut était mixte, soit celui d'une personne se consacrant à 80 % à son activité professionnelle et à 20 % à ses travaux habituels. Selon le SMR, sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'auxiliaire de crèche exercée à 80 % et était de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'évaluation du degré d'invalidité prenait en compte à raison de 80 % la perte de gain subie dans la sphère professionnelle et à raison de 20 % les empêchements rencontrés dans la part des travaux habituels. Il résultait de la comparaison des revenus, une perte de gain de CHF 8'231.-, respectivement un degré d'invalidité de 20 %. Selon le SMR, les rapports médicaux produits ne démontraient nullement une aggravation de l'état de santé. S'agissant des empêchements rencontrés dans les travaux habituels, ils devaient normalement être déterminés par une enquête ménagère au domicile de l'assurée. Toutefois, une telle enquête n'était pas nécessaire car même si les empêchements devaient être de 100 %, le degré d'invalidité total serait de 16 % et donc inférieur à 40 %, taux à partir duquel le droit à une rente d'invalidité était ouvert. 18. Par courrier du 6 février 2017, l'assurée a fait valoir ses objections et a produit plusieurs nouveaux rapports médicaux. Elle a rappelé qu'elle souffrait de douleurs chroniques au bassin, à la colonne lombaire et aux genoux depuis sa chute du 5<sup>ème</sup> étage à l'âge de 5 ans et que ses deux accouchements par voie basse avaient aggravé la situation. Malgré une perte de poids de 30 kg avant sa deuxième grossesse, les douleurs s'intensifiaient. Celles-ci étaient un obstacle à la pratique régulière du sport. Elles l'empêchaient de rester assise ou debout et elle devait régulièrement alterner les positions. Sa distance de marche avait été réduite et les escaliers augmentaient les douleurs. Elle était immobilisée le temps que la douleur ait passé. Dans un rapport du 25 janvier 2017, le docteur D\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, a rappelé que suite au grave traumatisme du bassin, l'assurée se plaignait de douleurs chroniques autour de l'anneau pelvien résistantes aux analgésiques. Depuis dix ans environ, elle présentait également des gonalgies statiques qui s'étaient accentuées après les deux grossesses. Il proposerait une arthrodeèse sacro-iliaque dont la réalisation était conditionnée par une perte pondérale conséquente qui n'était actuellement pas remplie. De plus, un résultat satisfaisant de cette intervention n'était pas garanti. Dans ce contexte, l'assurée ne pouvait pas continuer à exercer le métier d'aide de crèche et un recyclage professionnel ou une attribution de rente d'invalidité devaient être envisagés. Selon le rapport du 25 janvier 2017 de la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, elle suivait l'assurée depuis 2012. Celle-ci présentait des douleurs chroniques dorsales et au bassin qui augmentaient à la marche et lors du port de charges. L'assurée se plaignait de fortes douleurs lombaires qui l'empêchaient d'avoir des activités en position prolongée debout ou assise et qui l'invalidaient même dans ses activités quotidiennes. Dans un rapport du 31 janvier 2017, Madame J\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a estimé que la chute très importante survenue lorsque l'assurée était enfant avait eu un impact majeur sur son bassin. Avec la croissance, tout son squelette s'était à peu près organisé et équilibré pour que ce fût supportable. À son avis, les douleurs étaient essentiellement dues à une distension pubienne. Le fragile équilibre qui s'était mis en place avait été rompu par les grossesses et surtout par les accouchements par voie basse. En conséquence, la distension pubienne s'était aggravée entraînant un déséquilibre du bassin, voire des frottements très douloureux au niveau de la symphyse. 19. Dans un avis du 3 avril 2017, le SMR a considéré que les nouvelles pièces n'apportaient pas d'argument rendant plausible une aggravation de l'état de santé. Il n'y avait pas de nouvelle atteinte. Les douleurs rapportées avaient déjà été prises en compte lors de l'examen SMR du 15 octobre 2015. 20. Par décision du 5 avril 2017, l'OAI a confirmé sa position. 21. Par acte du 22 mai 2017, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle a conclu sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique

ainsi qu'orthopédique, et au fond, à l'annulation de la décision du 5 avril 2017 ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures de réadaptation. Elle a contesté l'application de la méthode mixte de calcul de l'invalidité au motif qu'elle avait toujours travaillé à 100 % et que sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à ce taux. Par conséquent, elle a reproché à l'intimé de ne pas avoir appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Elle a également contesté la fixation du revenu sans invalidité sur une base statistique au motif qu'avant l'apparition de l'atteinte à la santé, elle travaillait comme aide de crèche. Si le revenu sans invalidité devait être fixé sur une base statistique, il y avait lieu de se fonder sur un revenu statistique correspondant à une activité d'aide de crèche et non pas sur le revenu statistique générique. Enfin, elle a contesté être capable de travailler à 80 %. Le rapport du SMR qui concluait à un tel taux de capacité de travail n'avait pas de valeur probante car il ne remplissait pas les critères jurisprudentiels y relatifs.!

Dans son écriture complémentaire du 30 juin 2017, elle a développé ses griefs. Elle a relevé qu'elle s'était inscrite, le 14 octobre 2014, auprès de l'office régional de placement en indiquant rechercher un emploi à un taux d'activité de 100 %, de sorte que la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité devait être appliquée. Le revenu sans invalidité était son revenu pour l'année 2012 ressortant de son compte individuel, soit CHF 14'862.- correspondant à un revenu annualisé de CHF 50'955.- et non pas un salaire statistique de CHF 41'153.-. Si un tel revenu statistique devait être retenu, selon les statistiques 2014 de l'office fédéral de la statistique, le salaire mensuel d'une femme dans la branche de la santé humaine et l'action sociale avec des tâches pratiques était de CHF 5'168.-, respectivement de CHF 62'016.- par an. Le rapport du SMR du 15 octobre 2015 ne prenait pas pleinement en considération les limitations fonctionnelles liées à son obésité contrairement au rapport de son médecin traitant du 14 mai 2017 qui constatait une aggravation de la douleur en raison de l'obésité et retenait une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée. Le rapport du SMR ne tenait pas davantage compte de ses troubles psychiatriques pourtant relevés par le Dr E\_\_\_\_\_. Pour ces raisons, ledit rapport ne pouvait pas être suivi, de sorte qu'il convenait de se baser sur l'avis convaincant de son médecin traitant. La recourante a précisé ses conclusions. Préalablement, elle a également conclu à l'audition des Drs E\_\_\_\_\_, et I\_\_\_\_\_ et au fond, elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi qu'à des mesures de réadaptation.!

Elle a produit dans la procédure trois nouveaux rapports médicaux. Dans son rapport du 3 mai 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ a répété la teneur de son précédent rapport. Dans son rapport du 3 mai 2017 également, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué que durant sa grossesse et après son deuxième accouchement, la recourante avait présenté des douleurs chroniques et importantes au bassin qui s'étaient aggravées après son deuxième accouchement en mars 2016. La recourante ne pouvait tenir la position debout ou assise et marcher que durant une période très réduite en raison de ses douleurs chroniques. Au vu de ces limitations importantes dans la vie personnelle de la recourante, il lui semblait difficile d'envisager une capacité de travail. Dans son rapport du 14 mai 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile (F60.3), une douleur pubienne sur lésion de la symphyse pubienne suite à un accouchement, une séquelle douloureuse de fracture du bassin réactivée par deux accouchements, une obésité après grossesse et une obésité sur hypothyroïdie mal compensée suite à un sevrage impossible de l'allaitement. Il existait une douleur mécanique et de repos du pelvis ainsi que de la symphyse pubienne lors de mobilisation ou de station assise/debout/couchée prolongée, qui empêchait une activité prolongée dans une telle station (soit pas plus de trente minutes probablement). Une activité d'aide de crèche n'était

pas possible, la capacité de travail probable étant de 10 % à 20 %. Dans une activité adaptée avec changements fréquents de position, port de charges limité et repos fréquent, la capacité de travail était de 50 %. Le rapport du SMR du 15 octobre 2015 ne tenait pas compte de la durée des douleurs en lien avec l'obésité et du « facteur obésité » sur l'importance et la causalité des douleurs. En effet, l'obésité post-partum persistante après les deux grossesses – en lien avec une absence de sevrage de l'allaitement – contrariait le traitement de l'hypothyroïdie. Celle-ci et l'obésité provoquaient toutes deux une augmentation de la douleur et de la durée des douleurs pelviennes/pubiennes. Ledit rapport du SMR, qui était basé sur un avis ponctuel et non sur un suivi longitudinal, était en-deçà de la vérité, notamment en termes de durée des douleurs et de fluctuation du handicap en lien avec les changements de position. Le besoin de changer de position et de prendre des pauses entraînait actuellement un rendement de 50 % quelle que fût l'activité et tant que l'obésité aggravait les douleurs. En effet, la moitié du temps de travail et de vie était dévolue à des changements de position permettant de diminuer la douleur. Une reconversion professionnelle ayant pour objectif de trouver une activité adaptée aux douleurs lui paraissait indispensable. En définitive, une activité adaptée avec changements fréquents de position et port de charges légères était envisageable à ce jour à 100 % avec un rendement de 50 % en raison des répit. 23. Dans sa réponse du 18 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a exposé qu'il ressortait de la situation personnelle de la recourante que, sans atteinte à la santé, celle-ci travaillerait à 80 %. Même dans l'hypothèse où un statut d'activité à 100 % serait retenu, le degré d'invalidité ne serait pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il a rappelé que la recourante travaillait depuis plusieurs années sur la base de contrats temporaires ou de travaux sur appel. Le début de l'incapacité de travail durable avait été fixé au 10 décembre 2012, alors que la recourante était inscrite au chômage. Par conséquent, en l'absence de données salariales concrètes, il s'était basé à juste titre sur les ESS 2012 TA1, tous secteurs confondus. Le rapport du SMR du 15 octobre 2015 remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Selon ce dernier, la recourante ne présentait aucune incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Le SMR avait pris en compte l'ensemble des atteintes à la santé pour conclure à une capacité de travail exigible à 80 % dans une activité adaptée. Une évaluation médicale complète ne saurait être remise en question par l'opinion divergente d'un ou plusieurs médecins. S'agissant des mesures de réadaptation, la recourante n'avait montré aucune motivation et avait indiqué ne pas pouvoir effectuer de telles mesures. En l'absence d'aptitude subjective, le stage d'observation n'avait pas pu être mis en place. Par ailleurs, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. La recourante n'établissait pas en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations fonctionnelles retenues. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé de la recourante, de sorte qu'une nouvelle expertise était inutile. Il a produit dans la procédure un rapport du SMR du 31 juillet 2017. Selon ce dernier, le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la capacité de travail. Contrairement à ce qui était indiqué dans le rapport du médecin traitant, les médecins du SMR avaient bien tenu compte de l'obésité qui présentait un BMI de 36 lors de leur examen d'octobre 2015 et avaient retenu des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et des genoux. Aucune des nouvelles pièces médicales n'apportait d'arguments médicaux objectifs susceptibles de modifier ses

précédentes conclusions. 24. Dans sa réplique du 14 novembre 2017, la recourante a relevé que s'agissant de la méthode de calcul de l'invalidité, l'intimé ne se référait à aucune pièce précise de son dossier pour soutenir qu'elle travaillerait à 80 % sans atteinte à la santé. Même si elle travaillait sur mission, c'était à un taux complet. Elle n'avait jamais déclaré à l'intimé qu'elle travaillerait à 80 %. En retenant sans aucun autre élément qu'il était vraisemblable qu'une mère de deux enfants en bas âge devait réduire son taux d'activité et, de cette façon, retenir des conséquences juridiques qui lui étaient défavorables, l'intimé violait le principe de l'interdiction de discrimination. S'agissant de l'incapacité de travail, le rapport du SMR du 15 octobre 2015 n'avait pas de valeur probante car il datait de deux ans, alors qu'elle n'avait pas encore donné naissance à son second enfant et que ses problèmes de santé s'étaient aggravés à la suite de son second accouchement tout comme à la suite du premier, ce qui était confirmé par le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_. Par conséquent, le SMR ignorait complètement les conséquences de son deuxième accouchement sur son état de santé alors que celui-ci avait eu une lourde incidence sur ses douleurs lombaires et du bassin, ainsi que sur ses limitations fonctionnelles. Elle ne se bornait pas à constater des opinions divergentes entre les médecins du SMR et ses médecins, mais démontrait que l'expertise était incomplète car elle ne tenait compte ni d'une anamnèse complète, ni de toutes ses limitations fonctionnelles. Aussi y avait-il lieu d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire indépendante comprenant des volets rhumatologique, orthopédique et psychiatrique. S'agissant des mesures de réadaptation, l'intimé ne pouvait pas conclure à son absence de motivation sur la base d'un seul entretien avec la réadaptatrice, alors qu'on lui proposait une reprise d'activité à 80 % bien qu'elle n'était médicalement capable de travailler qu'à 50 %. Au demeurant, la pertinence de l'avis de la réadaptatrice devait sérieusement être mis en doute dès lors que sa personnalité émotionnellement labile pouvait ponctuellement influencer négativement sa motivation. Elle a persisté dans les termes de son recours. !endif>![if> 25. Dans sa duplique du 13 décembre 2017, l'intimé a relevé qu'il n'existait pas de circonstances particulières permettant de douter de l'objectivité de l'appréciation des médecins du SMR. De plus, l'écoulement du temps entre l'examen médical et la décision ne suffisait pas à remettre en cause la valeur probante du rapport du SMR jugé convaincant. Par ailleurs, le SMR avait pris en compte l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante, notamment l'obésité et l'aggravation de ses douleurs lombaires suite à sa deuxième grossesse ainsi que cela ressortait de l'avis du SMR du 31 juillet 2017. Il a persisté dans ses conclusions précédentes. !endif>![if> 26. Dans son écriture du 10 avril 2018, la recourante a observé que si la méthode mixte de calcul de l'invalidité devait lui être appliquée, il y avait lieu de se baser sur la nouvelle version du règlement sur l'assurance-invalidité et la méthode de calcul en découlant. En effet, dans son calcul, l'intimé avait réduit le montant du revenu sans invalidité à 80 %, ce qui diminuait le degré d'invalidité et n'était pas conforme au nouveau règlement. Selon cette nouvelle méthode, en reprenant les chiffres de l'intimé, le taux d'invalidité dans l'activité professionnelle serait de 36 %, ce qui porterait le taux d'invalidité pour la part professionnelle à 29 %. Par conséquent, elle avait droit, en tout état de cause, à des mesures professionnelles. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes. !endif>![if> 27. Dans son écriture du 16 mai 2018, l'intimé a relevé que même avec l'application de la nouvelle méthode, la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité. S'agissant des mesures professionnelles, la recourante n'avait démontré aucune aptitude subjective. Il a persisté dans ses conclusions précédentes. !endif>![if> 28. Le 17 mai 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et, sur quoi, a gardé la cause à juger. !endif>![if> 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). D'après l'art. 62 al. 3 LPA-GE, le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision. Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA ; cf. également art. 17 al. 3 LPA-GE). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA-GE). En l'espèce, le recours a été interjeté le 22 mai 2017, contre la décision expédiée le 5 avril 2017, reçue au plus tôt le lendemain, soit dans un délai de plus de trente jours. En 2017, le dimanche de Pâques était le 16 avril. Par conséquent, le délai de recours a débuté le 7 avril 2017, a été suspendu du 9 au 23 avril et est arrivé à échéance le lundi 22 mai 2017 compte tenu des principes susmentionnés. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA-GE). 4. Est litigieux le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité et à des mesures professionnelles, plus particulièrement l'appréciation de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci, le calcul du degré d'invalidité, ainsi que l'application de la méthode mixte. 5. 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 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 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. 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. 28 a al. 1 LAI). b. 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). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA. 6. a. Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis ). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).!endif]>![if> b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation d'ordre professionnel) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références). 7. a. 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> b. 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. 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. 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

e. 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et

les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 8. a. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_719/2016 consid. 5.2.2). 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). b. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). c. Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Elle est tenue d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision (ATF 132 V 368 consid. 4). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. 9. 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). 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).

10. a. En l'espèce, la recourante dénie toute valeur probante au rapport d'examen du SMR du 27 octobre 2015 au motif qu'il est incomplet en tant qu'il est antérieur à son deuxième accouchement, respectivement ne tient pas compte de l'aggravation de ses douleurs à la suite de ce dernier, ni des limitations fonctionnelles que ladite aggravation engendre. Pour sa part, l'intimé considère que ledit rapport d'examen a pleine valeur probante dès lors qu'il prend en compte l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante.

b. En premier lieu, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'examen du SMR. Dans ledit rapport, les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ diagnostiquent avec incidence sur la capacité de travail, une arthrose bilatérale des sacro-iliaques, une périarthrite de hanche bilatérale, une cervico-dorsolombalgie et un syndrome rotulien gauche. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils diagnostiquent notamment des douleurs de la cheville droite, une obésité avec BMI à 36, un status après pneumothorax bilatéral, pneumomédiastin, contusion cardiaque et pulmonaire, pancréatite et traumatisme crânio-cérébral, une hypothyroïdie substituée, une suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien droit, un trouble de la personnalité limite inférieure (F 60.31) – non décompensé – et une acrophobie (F 40.2). Ils retiennent dès le 10 décembre 2012 une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle d'auxiliaire de crèche et de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, étant donné que les limitations se surajoutent et entraînent fatalement une baisse de rendement. Ils justifient le taux de 80 % par le fait qu'il n'existe aucune raison biomécanique pour attester une incapacité de travail supérieure à 20 % puisque lors de l'entretien, la recourante a relativement bien toléré la position assise en ne se levant que deux fois en une heure trente. Les limitations fonctionnelles nécessitent principalement de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout, de ne pas soulever ou porter régulièrement des charges excédant 5 kg, de ne pas travailler en position en porte-à-faux statique prolongée du tronc, de ne pas marcher en terrain irrégulier, de ne pas être debout ou marcher pendant plus d'un quart d'heure et de ne pas utiliser régulièrement des escaliers. Le rapport d'examen du SMR tient compte des plaintes de la recourante ainsi que d'un examen clinique de rhumatologie et de psychiatrie, contient une anamnèse et repose sur les pièces médicales du dossier. Pour pouvoir lui reconnaître une pleine valeur probante, il y a encore lieu d'examiner si aucun indice concret ne permet de mettre en cause son bien-fondé et s'il existe dans la procédure l'avis d'un médecin traitant faisant douter de la pertinence et de la fiabilité de l'appréciation des médecins du SMR. Dans son rapport du 14 mai 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ diagnostique une personnalité émotionnellement labile (F60.3), une douleur pubienne sur lésion de la symphyse pubienne suite à un accouchement, une séquelle douloureuse de fracture du bassin réactivée par deux accouchements, une obésité après grossesse et une obésité sur hypothyroïdie mal compensée suite à un sevrage impossible de l'allaitement. Il retient une capacité de travail de 10 à 20% dans l'activité habituelle d'auxiliaire de crèche et une capacité de travail actuelle de 100 % avec

diminution de rendement de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir permettant des changements fréquents de position, avec un port de charges légères et un repos fréquent. Il préconise une reconversion professionnelle. Il explique la diminution de rendement de 50 % par le fait que la moitié du temps de travail et de vie est utilisée pour changer de position afin de diminuer la douleur. Il relève l'existence d'une douleur mécanique et de repos du pelvis ainsi que de la symphyse pubienne lors de mobilisation ou des stations prolongées (30 min probablement) assise/debout/couchée qui empêche une activité prolongée dans de telles positions. Il considère que l'hypothyroïdie et l'obésité provoquent toutes deux une augmentation de la douleur et de la durée des douleurs pelviennes/pubiennes. Dans son rapport du 25 janvier 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ mentionne également des plaintes relatives à des douleurs chroniques autour de l'anneau pelvien résistantes aux analgésiques, ainsi que des gonalgies statiques qui se sont accentuées après les deux grossesses. Dans son rapport du 3 mai 2017, la Dresse I\_\_\_\_\_ retient également que la recourante présente des douleurs chroniques et importantes du bassin qui se sont aggravées depuis sa grossesse et son deuxième accouchement. Ces douleurs l'empêchent de maintenir les stations prolongées assise et debout, ainsi que de marcher au-delà d'une période très réduite. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2). En l'occurrence, même si les rapports des médecins traitants sont postérieurs à la décision litigieuse, leurs constatations concernent pour l'essentiel des faits antérieurs à la décision administrative et de nature à influencer l'appréciation de la légalité de ladite décision. Par conséquent, il y a lieu de les prendre en considération dans la présente procédure. Les diagnostics somatiques que le Dr E\_\_\_\_\_ retient ne concordent pas avec ceux posés par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 octobre 2015. En effet, celui-ci ne mentionne pas de lésion de la symphyse pubienne suite à un accouchement, ni de séquelle douloureuse de fracture du bassin réactivée par deux accouchements. De plus, le médecin traitant justifie son appréciation de la capacité de travail de la recourante par la durée des douleurs mécaniques et de repos du pelvis ainsi que de la région pubienne lors de la mobilisation et du maintien prolongé (supérieure à 30 min) des stations assise, debout et couchée, ainsi que par la fluctuation du handicap en lien avec les changements de position. Au demeurant, dans son rapport du 3 mai 2017, la Dresse I\_\_\_\_\_ mentionne également des douleurs chroniques et importantes du bassin qui entraînent les mêmes limitations fonctionnelles que celles retenues par le Dr E\_\_\_\_\_. En outre, elle fait état d'une aggravation des douleurs depuis le deuxième accouchement de mars 2016. Or, dans ledit rapport d'examen, le Dr F\_\_\_\_\_ ne retient à aucun moment un trouble de la symphyse pubienne, ni une fluctuation du handicap en lien avec les changements de position ni des limitations fonctionnelles en relation avec les douleurs chroniques, provoquées par ledit trouble, bien qu'il précise que les douleurs sont bien expliquées par les pathologies présentées. Il n'examine pas davantage la question de la rupture du fragile équilibre squelettique, respectivement l'aggravation de la distension pubienne par les accouchements, plus particulièrement le second, entraînant des frottements très douloureux au niveau de la

symphyse ainsi que le mentionne la physiothérapeute dans son rapport du 31 janvier 2017. Par conséquent, l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ est contradictoire et lacunaire, ce d'autant plus qu'elle est antérieure au deuxième accouchement, qui semble avoir induit une aggravation de l'état de santé de la recourante, et est contredite par trois autres rapports médicaux. Bien que le Dr E\_\_\_\_\_ retienne une capacité de travail actuellement entière avec une diminution de rendement de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il ne mentionne pas depuis quand ce taux s'applique, de sorte qu'il n'est pas possible de se baser sur son rapport du 14 mai 2017 pour évaluer la capacité de gain exigible de la recourante. Contrairement à ce que soutient l'intimé, l'écoulement de deux ans entre l'examen du Dr F\_\_\_\_\_ et l'émission de la décision litigieuse justifie la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire puisque les médecins traitants font état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis son deuxième accouchement, qui est postérieur audit examen. Par conséquent, depuis l'examen du Dr F\_\_\_\_\_, les circonstances se sont modifiées étant donné que, dans l'intervalle, la recourante a connu une nouvelle grossesse et un nouvel accouchement par voie basse. Au demeurant, une telle instruction complémentaire se justifie d'autant plus que la décision litigieuse repose exclusivement sur l'appréciation des médecins du SMR alors que plusieurs rapports des médecins et thérapeutes de la recourante, qui sont motivés de façon approfondie, soulèvent des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de ladite appréciation. 11. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En l'espèce, faute de toute instruction sur la question d'une lésion de la symphyse pubienne, de douleurs chroniques mécaniques et de repos du pelvis ainsi que de la région pubienne, de la réactivation de la séquelle douloureuse de fracture du bassin par les accouchements, de la fluctuation du handicap en lien avec les changements de position, ainsi que sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise orthopédique auprès d'un spécialiste du bassin en s'adjoignant, si nécessaire, l'avis d'un spécialiste de la douleur. Contrairement à ce que requière la recourante, il n'y a pas lieu de procéder à une expertise pluridisciplinaire avec également des volets rhumatologique et psychiatrique. En effet, bien que dans son rapport du 14 mai 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ diagnostique une personnalité émotionnellement labile, il ne motive une diminution de rendement de 50 % que par les douleurs et les changements de position qu'elles nécessitent et non par ledit diagnostic psychique qui, au demeurant, n'est en

principe pas incapacitant et ne nécessite aucun suivi par un psychiatre. L'absence de caractère incapacitant du trouble psychique est confirmée par la Dresse L\_\_\_\_\_ qui, lors de son examen du 15 octobre 2015, a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité – limite inférieure – non décompensé et une acrophobie. S'agissant du volet rhumatologique, un tel examen a déjà eu lieu auprès de la Dresse H\_\_\_\_\_ en août 2016, soit après le deuxième accouchement de la recourante, sans que cette spécialiste n'ait prévu de suivi rhumatologique. Par conséquent, elle n'a pas mis en évidence de troubles rhumatologiques, de sorte que l'examen par un spécialiste en la matière ne se justifie pas. 12. Dans un deuxième grief, la recourante conteste que, sans invalidité, elle aurait exercé une activité lucrative à 80 % pour s'occuper de ses enfants.!

b. Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Cette question 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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 0 et les références). Par ailleurs, pour résoudre la question litigieuse, il faut se référer à l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles du cas d'espèce (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; ATF 125 V 146 consid. 2c et les références). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1), établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2). c. En l'espèce, l'intimé a fixé un statut mixte sur la base de la note du gestionnaire du 4 mars 2016 estimant que la recourante n'aurait travaillé qu'à 80 % afin de s'occuper de ses deux enfants. Or, une telle conclusion ne ressort nullement d'un examen prenant en considération l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles du cas d'espèce puisque l'intimé n'a procédé à aucune instruction à ce sujet. Notamment, il n'est pas clair si la recourante vit avec le père de ses enfants ou non et quel est le montant de la rente d'invalidité de ce dernier, éléments qui ont leur importance pour procéder à une telle évaluation de l'ensemble des circonstances. Par ailleurs, l'intimé n'a jamais fait remplir à la recourante de questionnaire concernant le statut et n'explique pas pourquoi elle ne tient pas compte de la recherche d'un emploi à 100 % lors de l'inscription de la recourante auprès de l'OCE, en tant qu'indice extérieur qui permet de déduire la volonté hypothétique de la recourante. Par conséquent, cette question devra également faire l'objet d'une instruction de la part de l'intimé. Les autres griefs de la recourante n'ont pas à être examinés tant que la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles n'a pas été instruite correctement, étant précisé que l'évaluation du taux d'invalidité faite par l'intimé n'est pas exempte de critiques en tant qu'il n'a pas établi le revenu sans invalidité selon l'ESS 2014 et l'ISS 2015, alors que le droit aux prestations ne peut pas débiter avant le 1<sup>er</sup> février 2015 (art. 29 al. 1 LAI) et qu'il ne s'est pas basé sur le salaire statistique correspondant à une activité d'aide de crèche. Par ailleurs, s'agissant du droit aux mesures professionnelles,

l'absence de faculté subjective ne permet pas à l'intimé de refuser le droit à des mesures de reclassement en l'absence de mise en demeure au sens de l'art. 21 al. 4 LPG. 13. Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours, d'annuler la décision du 5 avril 2017 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.![endif]>![if> La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que depuis le 1 er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-. \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.