

## **GE\_GERICHTE A/777/2011 vom 12. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_777\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_777_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/777/2011 du 12 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE A/777/2011 del 12 maggio 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.05.2011 A/777/2011

A/777/2011 ATAS/473/2011 du 12.05.2011 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/777/2011  
ATAS/473/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 12 mai 2011 8<sup>ème</sup> Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Céligny recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT En septembre 1998, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante ou l'assurée), née en 1973, désormais divorcée et mère de deux enfants, nés en 1995 et 2000, sollicite des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en raison d'une luxation de sa rotule gauche. Elle avait appris la profession d'employée de bureau, sans toutefois disposer d'un certificat et n'avait plus travaillé depuis le mois de mai 1994, suite à une période de chômage. Dans un rapport médical du 2 octobre 1998, son médecin traitant, le Dr. L\_\_\_\_\_ posa les diagnostics de : chondropathie rétro-patellaire du côté interne et d'arthrose fémoro-patellaire débutante du côté interne, sans toutefois se prononcer sur une incapacité de travail, sa patiente ne travaillant pas. Dans un rapport du 15 janvier 2001, le Dr. L\_\_\_\_\_ confirma ses diagnostics et ajouta celui de : obésité. Selon lui, la capacité de travail de la recourante était de 100% dans une activité adaptée, soit 8 heures en position assise. La position debout, de même que le maintien de la même position pendant longtemps, l'alternance de position assise et debout, de position avec marche, à genou, en inclinaison du buste ou accroupie, de même que le port de poids étaient proscrits. L'assurée ne pouvait se baisser ni effectuer des mouvements des membres ou du dos de manière répétitive, ni encore travailler en hauteur ou se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Le 27 janvier 2001, la recourante répondit à un questionnaire destiné à déterminer son statut. Elle indiqua qu'elle exercerait une activité lucrative à plein temps si elle était en bonne santé, dans la bureautique ou l'administration, ceci pour des raisons économiques et en raison du besoin d'une activité professionnelle. Elle exercerait cette activité depuis 1994, date de la fin de son occupation temporaire à l'Office de l'emploi. Elle avait entrepris des recherches ponctuelles mais sans succès, vu son état de santé. Dans un avis du 14 février 2001, le médecin conseil de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, le Dr. M\_\_\_\_\_ considéra que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, comme l'indiquait le médecin traitant. La recourante avait consulté des orthopédistes mais aussi d'autres médecins, ce qui suggérait d'examiner l'aspect psychique. Le 15 mars 2001, le Dr. N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, indiqua à l'OAI que l'origine de la demande de prestations était orthopédique et que l'assurée était désormais suivie par le Dr. O\_\_\_\_\_. Ce dernier compléta un rapport médical le 14 avril 2001, posant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : gonarthrose du genou

gauche, stade I ; status post-opératoire recentrage rotulien à gauche en 1988 et à droite en « ? » pour luxation d'une rotule ; obésité ; by-pass gastrique en 1998. Il n'attestait d'aucune incapacité de travail en lien avec l'atteinte au genou. Par décision du 28 mai 2001, la demande de prestations de l'assurée fut rejetée en raison du fait que l'assurée ne travaillait pas car elle était à la recherche d'un emploi et non pas à cause de son atteinte à la santé, de sorte que les conditions d'octroi des prestations n'étaient pas réalisées. Il était notamment relevé que l'atteinte à la santé remontait à 1986 et n'avait pas empêché l'assurée d'exercer une activité d'employée de bureau dans l'intervalle. Cette décision fut confirmée par jugement de la Commission cantonale de recours du 4 juillet 2003, qui constata qu'il n'existait pas d'incapacité de travail due à une éventuelle atteinte au genou et qu'il était loisible à l'assurée de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations si elle estimait que son état de santé s'était modifié postérieurement à la décision du 28 mai 2001. Le 22 avril 2009, la recourante déposa une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison d'une arthrose, de rhumatisme, de douleurs articulaires, de séquelles dues à un by-pass, d'une luxation des deux rotules, d'une éventration et de douleurs dorsales permanentes avec épisodes de blocage. Elle expliquait que ces atteintes existaient depuis 1990 avec une aggravation progressive des douleurs. En réponse à un courrier de l'OAI, la recourante expliqua le 4 mai 2009, que l'état de son genou gauche avait empiré du point de vue de la douleur car il était complètement arthrosé, qu'elle avait développé de l'arthrose dans la main droite (pour l'instant dans la phase initiale de la maladie), qu'elle souffrait d'une scoliose dorsale avec arthrose de la nuque suite à un accident survenu en janvier 2005, provoquant de violentes migraines et douleurs dorsales avec des épisodes de blocage réguliers l'empêchant de rester assise ou debout trop longtemps. Elle expliqua encore qu'elle avait subi un by-pass en 1998 en raison d'une obésité morbide, suite à quoi elle avait commencé à rejeter certains aliments, avec des vomissements quotidiens et développé des carences alimentaires. Elle était sujette à des malaises fréquents irréguliers et à des crises d'angoisse provoquant des douleurs abdominales. Elle avait perdu du poids et développé une éventration, qui avait nécessité une nouvelle intervention en août 2008, intervention ayant elle-même provoqué une cicatrice douloureuse, ainsi que l'impossibilité de se courber (par exemple pour passer l'aspirateur) et de porter des choses lourdes. Dans un avis médical du 12 juin 2009, le Dr. P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du Service médical régional de l'assurance invalidité pour la suisse romande (ci-après : SMR), considéra qu'à 6 ans du refus d'une rente, une aggravation de l'arthrose était plausible et devait faire l'objet d'une instruction. Il était nécessaire d'adresser un rapport médical à différents médecins. Dans un rapport médical du 30 juin 2009, le Dr Q\_\_\_\_\_ indiqua ne pouvoir se prononcer au sujet de l'état de la recourante qu'il n'avait vue qu'à deux reprises dans le courant de l'été 2008, de telle sorte qu'il n'avait aucun suivi ni aucune information au sujet de la recourante. Dans un rapport médical du 12 juillet 2009, le Dr. R\_\_\_\_\_, du Service de chirurgie plastique des HUG, indiqua que la recourante avait bénéficié, dans ledit service, d'une cure d'éventration et d'une abdomino-plastie le 4 août 2008, suite à un by-pass gastrique en 1998. Cette dernière intervention ne semblait pas à l'origine de la demande AI et le dernier contrôle effectué le 11 novembre 2008 était satisfaisant. Le Dr. R\_\_\_\_\_ indiquait ne pas pouvoir apporter de renseignements plus utiles quant à la demande de prestations et invitait l'OAI à s'adresser au médecin traitant, le Dr. L\_\_\_\_\_. Dans un rapport médical du 23 juillet 2009, la Dresse S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne attesta des diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : cervico-lombalgie chronique et troubles statiques et

dégénératifs du rachis. Elle attesta également d'une gonarthrose bilatérale et d'une arthrose « IPDDS droit », mais sans répercussion sur la capacité de travail. La dernière consultation avait eu lieu en février 2009. La Dresse S \_\_\_\_\_ attestait d'une probable capacité de travail à 50% dans une activité légère permettant de se mobiliser régulièrement. La recourante ne pouvait selon elle, ni travailler uniquement en position assise, ni uniquement en position debout. Elle ne pouvait travailler avec les bras au-dessus de la tête, ni accroupie, ni à genou, ni en rotation, ni soulever des poids ou monter sur une échelle ou un échafaudage. Dans un rapport médical non daté, mais reçu par l'OAI le 29 octobre 2009, le Dr. L \_\_\_\_\_ ne posa aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il posa toutefois les diagnostics suivants, mais sans répercussion sur la capacité de travail : polyarthrose, troubles statiques et dégénératifs du rachis, gonarthrose bilatérale, syndrome douloureux chronique diffus. Pour le surplus, le Dr. L \_\_\_\_\_ sollicitait une expertise médicale. Selon une note d'entretien du 8 mars 2010 entre le Dr. P \_\_\_\_\_ et le Dr. L \_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'aggravation de l'arthrose sur le plan strictement rhumatologique. Le Dr. L \_\_\_\_\_ estimait que sa patiente était dépressive et qu'un syndrome douloureux diffus avec obésité était évident. Elle refusait toutefois de consulter un psychiatre, les problèmes étant surtout familiaux, conjugaux et économiques, l'ex-mari ne payant pas la pension. Elle habitait chez son père mais était capable de sortir, de marcher jusqu'au cabinet et de s'occuper de ses enfants. Elle avait consulté un cardiologue qui avait indiqué que tout était normal sur ce plan. Le Dr. L \_\_\_\_\_ maintenait la nécessité d'une expertise en raison des douleurs et de l'obésité. Dans un avis médical du 9 mars 2010, le Dr. P \_\_\_\_\_ considéra qu'une expertise pluridisciplinaire rhumato-psychiatrique était nécessaire. Dite expertise fut confiée à la Policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU) à Lausanne, laquelle établit son rapport d'expertise le 13 juillet 2010 sous la plume de la Dresse T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et de la Dresse U \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Le rapport d'expertise est complet, détaillé et convaincant : Sur le plan psychiatrique, il est retenu le diagnostic de troubles de la personnalité mixte (F60.9). Sur ce plan, la recourante ne présente pas de pathologie psychiatrique sévère mais les tests psychologiques mettent en évidence un fonctionnement particulier, à savoir un trouble de la personnalité avec des éléments de types psychotiques et des éléments du registre limite. La discordance entre le tableau clinique évoqué par la recourante et l'observation clinique de l'expert s'explique en partie par l'aspect dissocié présenté par l'expertisée et par le trouble identitaire. La recourante tente comme elle peut de donner sens à un trouble identitaire en l'attribuant à des tableaux cliniques reconnus qui font office de repaires identitaires. Ce trouble peut s'apparenter à un fonctionnement limite et existe probablement depuis le jeune âge. Il n'empêche pas la recourante d'exercer une activité bien encadrée mais diminue certainement ses capacités d'adaptation déjà mises à contribution par les difficultés somatiques. L'examen neuropsychologique a mis en évidence un trouble de la mémoire ainsi qu'un ralentissement modéré dans certaines épreuves, ceci dans le cadre d'un examen se situant par ailleurs dans les limites des normes. Au vu de la quasi normalité de l'examen, il ne fut pas retenu, sur le plan strictement cognitif, de diminution significative de la capacité de travail au poste d'aide de bureau-secrétaire. Sur le plan rhumatologique, il fut retenu les diagnostics suivants : cervico-dorso-lombalgies chroniques, non spécifiques et gonalgies bilatérales avec gonarthrose bi-compartmentale gauche. Du point de vue rhumatologique seule, une limitation fonctionnelle des genoux pouvait être admise, à savoir que toute activité professionnelle sollicitant ses articulations de manière répétitive n'était plus exigible. La

recourante ne pouvait ainsi pas travailler de manière accroupie, à genou, dans une activité exigeant des déplacements à pied, en terrain irrégulier, de la marche prolongée, la montée et surtout la descente d'escaliers ou de la marche à la descente. Dans une activité adaptée à ses limitations, la capacité de travail était de 70%, en tenant compte des cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques. Sur la plan neurologique, l'examen effectué s'est révélé dans les limites de la norme avec comme seule anomalie une hypoesthésie tactile et douloureuse douteuse au niveau des membres supérieurs et inférieurs droits. Il n'y avait pas d'incapacité de travail d'un point de vue strictement neurologique dans l'activité exercée préalablement, les maux de tête devant être appréciés dans le cadre du syndrome douloureux global et des éléments psychiatriques. En définitive, les diagnostics suivants furent retenus : « Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail Gonalgies bilatérales avec gonarthrose bicompartimentale gauche M17.0 Cervico-dorso-lombalgies chroniques, non spécifiques M54 Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail Céphalées chroniques R51 Trouble de la personnalité mixte F60.9 Carence martiale E61.5 Status post luxation de la rotule gauche opérée à 3 reprises en 1988 Status post recentrage rotulien droit dans les années 90 Status post by-pass gastrique en 1998 Status post pose d'un filet pour une éventration secondaire au by-pass en 2008 » Il était conclu à l'existence des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique essentiellement et à une capacité de travail, dans une activité respectant lesdites limitations, comme l'activité d'employée de bureau ou toute autre activité de manutention légère, de 70%. En raison des troubles psychiatriques, la recourante devait bénéficier d'un emploi simple et être bien encadrée. La diminution de la capacité de travail remontait à 2009, lors de l'aggravation des douleurs ostéo-articulaires ayant motivé la consultation chez la Dre S \_\_\_\_\_ en février 2009. Sur cette base, selon avis médical du Dr. P \_\_\_\_\_ du SMR du 6 décembre 2010, il fut retenu une incapacité de travail de 30% dès le mois de février 2009 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise. Par projet de décision du 23 décembre 2010, l'OAI rejeta la demande de prestations de l'assurée, se référant en particulier à l'expertise à la PMU, selon laquelle la capacité de travail était de 70% dans l'activité habituelle d'employée de bureau, ainsi que dans une activité adaptée. Or, un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. La recourante s'opposa à ce projet de décision le 24 janvier 2011, décrivant ses différents symptômes et expliquant que compte tenu des différents médicaments qu'elle prenait, elle n'était pas en possession de tous ses moyens pour effectuer un travail d'employée de bureau, d'autant que la position assise lui était insupportable à cause des douleurs dorsales. Par décision du 14 février 2010 [recte : 2011] l'OAI rejeta derechef la demande de prestations de la recourante, considérant que les observations formulées par elle ne permettaient pas d'apprécier différemment la situation. La recourante contesta cette décision par acte du 13 mars 2011, déposé à la poste le 14 mars 2011. Elle détailla à nouveau ses différents symptômes et revint sur son anamnèse. Elle indiqua que son assistante sociale pouvait témoigner de son état de santé. Elle déclarait ainsi faire recours contre la décision de l'OAI du 14 février 2011. L'OAI répondit par acte du 5 avril 2011, rappelant qu'une expertise pluridisciplinaire avait été mise sur pied auprès de la PMU, le rapport des experts ayant été établi de manière circonstanciée par des spécialistes, au terme d'une étude attentive et complète du dossier et que le diagnostic était clair, les conclusions motivées et exemptes de contradiction, de sorte que l'expertise revêtait une pleine valeur probante. La recourante contestait les conclusions des experts tout en n'apportant aucun élément probant susceptible de remettre en cause

ladite expertise et ses conclusions. Par ailleurs, l'évaluation des experts était conforme aux appréciations du Dr. L\_\_\_\_\_, médecin traitant, lequel ne retenait quant à lui, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et précisait que les problèmes de la recourante étaient surtout familiaux, conjugaux et économiques. Le Département de chirurgie plastique et reconstructive des HUG avait informé l'OAI que l'intervention n'était pas à l'origine de la demande AI et que le dernier contrôle était satisfaisant. Enfin, les Drs Q\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ n'avaient jamais attesté d'incapacité de travail. L'OAI conclut ainsi au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Sur quoi, la cause fut gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. Adressé à la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice par pli postal du 14 mars 2011, le recours contre la décision de l'OAI du 14 février 2011 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA sont réalisées, dès lors que l'on comprend de l'acte de recours, malgré sa brièveté et l'absence de conclusions formulées comme le ferait un avocat, quelle est la décision contestée et que la recourante remet en cause la capacité de travail retenue dans le cadre de ladite décision. Le recours est ainsi recevable. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a nié le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité et en particulier sur la capacité de travail retenue par l'administration, capacité que la recourante conteste. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles

(ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En l'espèce, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle critique l'avis des experts de la PMU. D'une part, l'avis de ces experts est détaillé, circonstancié, expliqué et convainquant. D'autre part, il tient compte des différents éléments mis en avant par la recourante dans son acte de recours du 13 mars 2011, et plus généralement (sur environ deux pages) des différentes

plaintes de la recourante. De surcroît, aucun avis médical, pas même celui de son médecin traitant, le Dr L\_\_\_\_\_, ne contredit l'expertise. En effet, si ce médecin délivre régulièrement des certificats d'incapacité de travail, il ne retient toutefois aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il apparaît que selon ce médecin, l'incapacité de travail est liée à des facteurs familiaux, conjugaux et économiques, qui ne peuvent être pris en compte dans le cadre de l'assurance-invalidité. Enfin, l'audition d'une assistante sociale est d'emblée inutile pour élucider des faits d'ordre médicaux, faute pour cette dernière de disposer de compétences suffisantes en la matière. C'est ainsi à bon droit que l'OAI s'est fondé sur l'avis des experts de la PMU, avis dont il n'y a pas lieu de se distancer. Comme la recourante est en mesure d'exercer - certes avec une capacité de travail limitée - son activité habituelle, il est possible de procéder à une comparaison en pour cent pour évaluer la perte de gain et, partant, l'invalidité (cf. ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références). En effet, l'étendue de la perte de gain résultant de son incapacité de travail représente nécessairement un pourcentage entre le salaire qu'elle aurait touché si elle était demeurée en bonne santé et le salaire qu'elle est actuellement en mesure d'obtenir. Le taux d'invalidité retenu par l'OAI n'est ainsi pas critiquable non plus. Il s'en suit que la décision du 14 février 2011 est conforme au droit et le recours du 13 mars 2011 mal fondé. Le recours sera ainsi rejeté. Un émolument de 200 fr. est mis à charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante 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 Isabelle CASTILLO Le président Thierry STICHER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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