

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1404/2016

ATAS/211/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mars 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT
SCHEIDEGGER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1976, originaire de Bosnie, titulaire d'un permis B, mariée, mère de trois enfants nés en 1995, 2000 et 2006, a suivi l'école obligatoire en Bosnie et est entrée en Suisse en 2001.
2. Selon l'extrait du compte individuel de l'assurée, celle-ci a travaillé depuis 2002 pour B_____ SA, C_____ S.A., D_____, E_____ SA et l'Hôtel F_____ (comme concierge, femme de chambre ou nettoyeuse).
3. Le 9 juin 2010, le docteur G_____, FMH neurologie, a conclu à un vraisemblable syndrome du tunnel carpien bilatéral et épicondylite droite.
4. Une IRM lombaire du 8 juillet 2013 est sans anomalie significative.
5. Le 27 janvier 2014, l'employeur a rempli une déclaration d'accident auprès de Visana, assureur-accidents selon la LAA, en indiquant qu'en « faisant le lit dans une chambre de l'hôtel, l'assurée avait senti le haut du dos craquer – douleurs plus intenses côté droit – douleur ressentie jusqu'aux épaules ». Visana a pris le cas en charge.
6. Le 27 janvier 2014, le Centre médical Vermont-Grand-Pré a certifié d'une incapacité de travail totale de l'assurée, renouvelée le 31 janvier 2014, le 5 février 2014, le 14 février 2014, le 11 mars 2014, le 25 mars 2014, le 30 avril 2014, le 3 juin 2014, le 18 août 2014.
7. Le 5 février 2014, le Centre médical a indiqué que l'assurée avait effectué un faux mouvement en soulevant un matelas et présenté des cervicalgies droites, un torticolis avec tête penchée à droite et des douleurs à la palpation C5-C6 / C7-D1.
8. Une IRM cervicale du 20 février 2014 a conclu à l'absence d'anomalie disco-vertébrale majeure. Rectitude du rachis, pas de conflit disco-radiculaire.
9. Une radiographie des épaules du 25 mars 2014 a conclu à l'absence de pathologie ostéo-articulaire objectivable ; un ultrason de l'épaule droite a conclu à des fissures discrètes des tendons des muscles sous-scapulaires et supra-épineux.
10. Le 12 mai 2014, l'assurée a informé Visana qu'elle était en traitement auprès du docteur H_____, rhumatologue, et d'un psychothérapeute.
11. Par décision du 18 août 2014, Visana a nié la survenance d'un accident et renoncé à demander le remboursement des prestations allouées à l'assurée.
12. Le 10 septembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une fibromyalgie débutée en janvier 2014.
L'assurée a été licenciée le 30 septembre 2014.
13. Le 14 octobre 2014, l'Hôtel F_____ a rempli le questionnaire AI pour l'employeur, selon lequel l'assurée était engagée depuis le 4 mai 2009 pour un

salaires de CHF 3'470.-, avec un dernier jour de travail effectif le 27 janvier 2014 et elle avait été en incapacité de travail à 100 % depuis le 27 janvier 2014.

14. Le 22 octobre 2014 la doctoresse I_____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, a écrit au Centre médical (docteur J_____), suite à une consultation du 10 octobre 2014. L'assurée se plaignait de cervicalgies, de douleurs musculaires diffuses et de troubles du sommeil ; elle était limitée dans les travaux lourds, les positions penchées en avant et les ports de charges ; une activité plus légère que celle de femme de chambre était possible.
15. Le 9 novembre 2014, le Centre médical a attesté de douleurs apparues d'abord dans la colonne cervicale lors d'un faux mouvement, puis à la colonne dorsale et aux épaules, avec troubles du sommeil ; il était trop tôt pour se déterminer sur une reprise de l'activité professionnelle.
16. Le 28 novembre 2014, un entretien a eu lieu à l'OAI avec l'assurée ; celle-ci souhaitait retravailler ; elle recevait une indemnité journalière de l'assurance perte de gain ; elle semblait très volontaire pour trouver une piste d'orientation qui corresponde à ses limitations et elle souhaitait du soutien dans ce sens. Elle avait entrepris par elle-même de suivre un cours de français avec le check formation et il fallait noter qu'elle avait des connaissances dans les langues (allemand, anglais).

Il était proposé de contacter le conseiller OCE de l'assurée, afin de faire le point quant à son inscription au chômage et de se coordonner quant aux mesures à mettre en place ; une mesure d'orientation aux EPI était éventuellement envisagée.
17. Le 11 décembre 2014, le Dr H_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un accident en janvier 2014, d'un suivi du 30 avril au 2 juillet 2014, de douleurs à l'épaule suite à un faux mouvement avec port de charge et d'un tableau évoquant une fibromyalgie.
18. Par communication du 12 décembre 2014, l'OAI a pris en charge des cours de bureautique.
19. Le 15 décembre 2014, le docteur K_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis juin 2014 et de diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire, autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer. Status post état de stress post-traumatique, expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités.

L'assurée avait été prise en charge à Appartenances de 2003 à 2006 en raison d'un état de stress post-traumatique ainsi que son époux pour traumatisme massif suite à la guerre en ex-Yougoslavie ; elle gérait son époux et ses enfants ; en novembre 2012 son époux avait été victime d'un coup du lapin et de recrudescence des symptômes traumatiques ; l'assurée avait progressivement souffert de douleurs musculaires, de fibromyalgie et de détérioration de son état psychique ; elle souffrait d'un sentiment d'épuisement complet, de ne plus parvenir à faire face au

quotidien avec son mari très atteint psychologiquement, d'un découragement en lien avec ses tentatives de s'en sortir financièrement sans parvenir à améliorer leur situation, d'être à bout de force sans perspective d'avenir. Elle disait également de pas savoir où elle trouvait la force de tenter de faire fonctionner la famille au quotidien et qu'elle se sentait constamment à la limite de ses capacités. Elle ne dormait pas suffisamment en raison de douleurs, mais également car elle se devait de rester vigilante constamment face au fonctionnement de son mari qui se péjore progressivement. Le pronostic était favorable du point de vue de la capacité de travail avec des mesures de réadaptation professionnelle adaptées. Elle présentait des restrictions en lien avec les répercussions de l'état anxieux et dépressif.

20. Par communication du 13 janvier 2015, l'OAI a pris en charge un cours de français du 19 au 30 janvier 2015.
21. Par communication du 16 janvier 2015, l'OAI a accordé à l'assurée un stage d'orientation professionnelle du 2 au 27 février 2015 aux EPI.
22. Par communication du 5 mars 2015, l'OAI a pris en charge un cours de français du 9 mars au 1^{er} mai 2015.
23. Le 11 mars 2015, les EPI ont rendu un rapport suite au stage relevant dans la synthèse que l'assurée « est une femme polie, discrète, souriante et très agréable dans le relationnel, tant dans le groupe qu'avec l'encadrement (qualité innée chez elle plus que situationnelle). Elle a fait un stage assez riche en production malgré son manque d'habitude dans tout ce qui est pratique fin. Ni plaintive ni démonstrative, nous voyions parfois des signes d'inconfort dans les positions statiques.

Le domaine relationnel nous semble le plus approprié, une mise à niveau en français écrit et dans les applications bureautiques est nécessaire. Ensuite une aide au placement appuyée serait appropriée, vue la forte motivation de l'assurée et aussi les difficultés inhérentes à la recherche d'une place de travail chez une personne qui n'est pas en parfaite santé. »
24. Le 16 mars 2015, la doctoresse L_____ a proposé une expertise rhumatopsychiatrique.
25. Le 30 mars 2015, le Dr K_____ a attesté d'une incapacité de travail de l'assurée du 30 mars au 5 avril 2015.
26. Par communication du 16 avril 2015, l'OAI a pris en charge un cours de bureautique.
27. Par communication du 20 mai 2015, l'OAI a accordé à l'assurée un stage d'orientation du 2 mai au 7 juin 2015.
28. Selon une note de l'OAI du 29 mai 2015, l'assurée a indiqué qu'elle n'arrivait pas à rester debout ce qui était confirmé par les EPI de sorte que le stage était interrompu.

29. Le 9 juin 2015, une note de travail mentionne qu'un stage du 15 au 26 juin 2015 à l'accueil-réception est mis en place, confirmé par communication du 12 juin 2015.
30. Le 26 juin 2015, les EPI ont rendu un rapport de stage concluant que l'assurée avait les qualités requises pour l'activité de réceptionniste, moyennant l'alternance des positions.
31. Le 2 juillet 2015, le SMR a rendu un rapport à la suite de l'examen de l'assurée du 29 juin 2015 (docteurs M_____, FMH médecine physique et réadaptation et rhumatologie et N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie).

L'assurée se plaignait de cervicalgies, lombalgies, de douleurs aux cuisses et de douleurs cutanées superficielles diffuses, de douleurs à l'épaule droite, aux bras et dans tout le corps, de céphalées en casque, parfois d'acouphène bilatéral.

Les experts ont indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail et ont posé ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive en rémission complète, difficultés dans les rapports avec le conjoint ou partenaire, expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités, pré-obésité.

La fibromyalgie n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, ni l'échec de traitement ; l'assurée avait actuellement seulement un traitement en réserve. En dépit de ses douleurs chroniques, l'assurée assumait parfaitement bien les activités de la vie quotidienne, elle s'occupait de ses enfants et de son mari. Vu qu'elle avait de très bonnes ressources d'adaptation aux changements, qu'elle ne souffrait d'aucun trouble de la personnalité morbide ni d'une autre pathologie psychiatrique aiguë ou chronique, le pronostic à moyen et long terme était favorable ; il n'y avait pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant. L'assurée aurait pu reprendre son activité professionnelle dès mi-mars 2014.

32. Par communication du 6 juillet 2015, l'OAI a pris en charge un cours de français du 6 au 17 juillet 2015.
33. Une note du 20 juillet 2015 mentionne que l'assurée a été malade le 17 juillet 2015.
34. Par communication du 22 juillet 2015, l'OAI a pris en charge un cours de bureautique en août 2015.
35. Par communication du 12 août 2015, l'OAI a pris en charge des séances de coaching en vue de l'exercice d'une activité adaptée (stage du 25 mai au 7 juin et du 15 au 28 juin 2015).
36. Le 27 août 2015, les EPI ont conclu (stage du 25 mai au 7 juin et du 15 au 28 juin 2015) que l'assurée avait les qualités pour le poste de réceptionniste moyennant l'amélioration du français et des connaissances en bureautique.

37. Le 16 septembre 2015, Crossroads-professional guidance a rendu un rapport suite à cinq séances d'accompagnement de l'assurée. Celle-ci était très volontaire et démontrait beaucoup de motivation à vouloir travailler. Deux options se présentaient, soit opératrice en horlogerie, via un stage ou une formation IFAGE ou les soins esthétiques moyennant une formation de base.
38. Une note de travail IP du 6 octobre 2015 relève qu'un emploi d'opératrice de production dans l'horlogerie serait envisageable sans formation ou dans le domaine de l'esthétique.
39. Le 12 octobre 2015, la réadaptation a fermé le mandat IP.
40. le 30 octobre 2015, la doctoresse O_____ du SMR a proposé de suivre les conclusions de l'examen SMR.
41. Le 16 décembre 2015, Visana, assurance-maladie collective d'indemnités journalières a informé l'assurée qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière au 13 février 2016.
42. Par décision du 12 janvier 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'assurée était capable de travailler dans toute activité depuis avril 2014.
43. Le 15 février 2016, l'assurée, représentée par une avocate, a contesté le projet de décision de l'OAI au motif qu'elle n'était en particulier pas capable de travailler dans toute activité.
44. Par décision du 5 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
45. Le 4 mai 2016, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 5 avril 2016 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 10 septembre 2014 et à des mesures professionnelles ; préalablement elle sollicitait sa comparution personnelle et l'audition de la Dresse I_____. Elle était clairement incapable d'exercer son ancienne activité de femme de chambre de sorte que le SMR s'était écarté à tort de l'avis de son médecin traitant.
46. Le 21 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif qu'aucun argument n'était amené par la recourante pour contester l'avis des médecins-experts et que d'autres mesures ne se justifiaient pas, vu l'absence d'atteinte à la santé invalidante.
47. A la demande de la chambre de céans, le 9 août 2016, la Dresse I_____ a indiqué que l'assurée présentait des douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Syndrome douloureux chronique. En raison des douleurs de l'épaule droite, elle était limitée dans les travaux lourds répétés, les ports de charge et les manipulations répétées avec le membre supérieur droit. Depuis fin janvier 2014, l'assurée pouvait travailler dans une activité légère, sans port de charge, sans travaux lourds et sans activité répétée avec le membre supérieur droit. Elle ne pouvait plus travailler comme femme de chambre.

La Dresse I_____ contestait l'absence de limitations fonctionnelles établie par le SMR ; depuis son arrêt de travail, l'assurée gérait de manière totalement différente les activités répétées, les ports de charge à domicile et les symptômes étaient évidemment moins importants que lors de son activité professionnelle. Il était tout à fait possible que, si elle reprenait l'activité de femme de chambre à 100 %, les douleurs et les atteintes s'aggraveraient à nouveau rapidement.

48. Le 15 août 2016, l'assurée a observé qu'elle présentait une fibromyalgie que le SMR ne s'était pas prononcé précisément sur les indicateurs retenus par la jurisprudence en présence de cette pathologie ; en particulier le SMR n'avait pas motivé le caractère provisoire (pathologie réactionnelle limitée à six mois) du trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive ni les répercussions du contexte de vie sur les ressources mobilisables.
49. Le 5 septembre 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : Je souffre de fibromyalgies, j'ai des douleurs dans tout le corps surtout aux cervicales irradiant jusqu'aux bras avec des insensibilités. Je souffre de manque de sommeil, de difficultés à la marche et je suis ralentie dans tout ce que j'entreprends. Je suis suivie par la Dresse I_____ que je vois une fois par mois et également par la Dresse P_____, une psychologue que je vois une fois par semaine ou deux fois par mois. Actuellement je ne travaille pas. Je me sens totalement incapable de faire mon ancien métier de femme de ménage ou toute autre activité lourde ou encore une activité qui demande de la rapidité. Par contre, je serais prête à travailler dans une activité légère. J'ai suivi des stages. Certains se sont bien passés comme celui de réceptionniste dans un foyer. En revanche, une activité de vendeuse chez Q_____ a été impossible car je devais rester debout toute la journée. J'ai dû cesser ce stage le troisième jour. J'avais néanmoins demandé un travail à temps partiel mais le magasin n'a pas accepté. Je suis d'accord avec l'avis de la Dresse I_____ qui indique que je ne peux plus faire le métier de femme de ménage mais une activité adaptée. Je précise qu'en raison de la guerre dans mon pays d'origine je n'ai pas pu poursuivre mes études et je ne possède aucun diplôme. Je demande des mesures d'ordre professionnel. J'ai suivi un cours de français qui a duré environ deux fois deux semaines. Ce cours a été souvent interrompu car j'ai dû suivre un stage au EPI, ainsi que le stage à l'accueil du foyer. Je n'ai donc pas beaucoup appris lors de ce cours, ce d'autant plus que j'ai des problèmes de concentration dû à ma maladie. J'ai beaucoup de peine à me lever le matin en raison de ma maladie mais je dois le faire car j'assume entièrement mes trois enfants ainsi que tout le ménage. Je vis avec mon mari mais celui-ci est malade. Il a des problèmes psychiques dus à la guerre ainsi que des hernies cervicales et dorsales qui l'empêchent totalement de travailler. Il ne m'aide pas du tout dans le ménage. Lorsque je m'occupe des enfants ou je fais le ménage, je dois le faire à mon rythme, c'est-à-dire lentement en faisant des pauses, ce que je peux faire car je suis chez moi. Je fais moi-même les courses, très fréquemment pour que

ça ne soit pas trop lourd et toujours avec un chariot que je monte jusque dans mon appartement car j'habite juste au-dessus d'un centre commercial. J'ai été reçue par les médecins du SMR environ une heure à une heure et demie par médecin. Je conteste vivement le fait que je n'aurais pas de troubles du sommeil et que je dormirais de 22h à 7h du matin, comme cela ressort de leur rapport. Je n'ai pas pu dire cela car je dors maximum trois heures par nuit. Je conteste également avoir dit que mon appétit était normal car en raison des douleurs je ne mange pas bien, j'ai perdu l'appétit. Je conteste également le rapport lorsqu'il est mentionné que je n'aurais pas d'idées suicidaires. Avant ma maladie j'assumais toute ma famille en travaillant huit heures la journée et deux heures en plus le soir. Maintenant, en raison de ma maladie je n'arrive plus à me projeter dans l'avenir et il m'est arrivé deux trois fois de vouloir avaler des pilules en vue de mettre fin à ma vie, mais je ne l'ai pas fait. Avant nous avions une vie sociale le week-end. Maintenant, nous ne voyons plus personne, je n'ai même plus envie de contact. Même avec les enfants je n'ai plus d'énergie et de disponibilité. Je les envoie souvent dans leur chambre et j'ai de la peine à leur expliquer ma maladie.

Nous estimons que l'avis du SMR est erroné et que la recourante n'est plus du tout capable d'exercer une activité de femme de chambre.

La représentante de l'AI a déclaré : La recourante a été sortie des effectifs de la réadaptation car nous étions en intervention précoce laquelle est soumise à des limitations de temps et de montant. La recourante a été sortie des effectifs pour une de ces deux raisons. Même si on devait admettre que l'ancienne activité n'est plus exigible nous ne pensons pas qu'on arriverait à un taux de 20 % ouvrant le droit à des mesures d'ordre professionnel. Nous confirmons l'avis du SMR malgré le rapport de la Dresse I_____ du 9 août 2016. Pour nous l'avis de la Dresse I_____ n'est pas suffisant pour remettre en cause l'avis du SMR.

50. A la demande de la chambre de céans les Drs K_____, R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame P_____, psychologue spécialisé en psychothérapie FSP de l'association Appartenances, ont indiqué le 12 septembre 2016 que l'assurée présentait les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0), autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (Z63.7), expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5). Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement physiques. D'un point de vue psychique, elles étaient en lien avec les répercussions de l'état anxieux et dépressif, à savoir fatigabilité, sentiment d'incapacité de faire face, découragement.

L'assurée avait une capacité de travail dans une activité adaptée, après une réadaptation professionnelle. Ils contestaient l'appréciation de la Dresse N_____ en mentionnant la présence d'une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude, un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, une altération du fonctionnement quotidien et des troubles du sommeil.

L'assurée n'était pas capable de travailler depuis mars 2014 comme femme de chambre mais dans une activité en accord avec ses limitations physiques et psychologiques.

51. A la demande de la chambre de céans, le Dr M_____ du SMR s'est prononcé le 3 octobre 2016 sur l'avis de la Dresse I_____ du 9 août 2016.

Celle-ci n'avait pas, le 22 octobre 2014, relevé de douleur palpatoire ou de limitation de la mobilité au niveau de l'épaule droite ; elle retenait des limitations fonctionnelles habituellement motivées par des atteintes de la colonne vertébrale. L'assurée ne s'était pas spécifiquement plaintes de ses épaules lors de l'examen du 29 juin 2015 et ne décrivait aucune limitation ; les douleurs alléguées s'inscrivaient dans le tableau de fibromyalgie, l'atteinte à l'épaule (échographie du 25 février 2014) était minime ; il n'y avait pas de suspicion de l'atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ; un arthro-IRM n'avait pas été préconisé par la Dresse I_____.

Au terme de l'examen, le SMR avait reconnu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée pour la simple raison qu'il n'avait pas pu mettre en évidence une atteinte bien spécifique de l'appareil locomoteur, qu'il avait pu confirmer le diagnostic de fibromyalgie et qu'il n'avait pas pu mettre en évidence une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, avec des ressources personnelles conservées dans les activités quotidiennes.

L'atteinte chronique de la coiffe des rotateurs, supposée, ne gênait pas l'assurée dans les activités quotidiennes lors de l'examen du 29 juin 2015 ; elle avait de très bonnes ressources d'adaptation aux changements ; elle ne s'était pas plainte de son stage au Foyer d'accueil alors même qu'il sollicitait les membres supérieurs droits.

L'examen rhumatologique et l'étude du dossier ne permettaient pas de retenir des limitations fonctionnelles ; les lésions tendineuses à l'épaule droite, objectivées à l'échographie du 25 février 2014, ne sauraient justifier des limitations fonctionnelles au-delà du mois d'août 2014. Cette période de six mois était largement suffisante pour reposer l'épaule (plus aucune activité lucrative dès le 25 janvier 2014) et prodiguer les traitements nécessaires.

Il déduisait des traitements ordonnés par la Dresse I_____ que l'atteinte n'était pas importante pour cette dernière.

Le 22 octobre 2014, la Dresse I_____ n'avait pas évoqué un examen spécifique de l'épaule droite ni de signe clinique en faveur d'une lésion de la coiffe des rotateurs. Elle ne mentionnait pas l'échographie du 25 février 2014 et le 9 août 2016 elle relevait que cet examen avait des limites dans la visualisation des tendons.

Une atteinte symptomatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule empêchait la personne de réaliser certaines tâches, ce qui ne semblait pas être le cas lors de l'examen du SMR.

La Dresse I_____ n'apportait pas la preuve que l'assurée gérait de façon totalement différente les activités ménagères et ce n'était pas ce qu'avait dit l'assurée lors de l'examen du 29 août 2015 ; lors du stage chez Q_____ c'étaient des douleurs diffuses et non pas les douleurs à l'épaule qui avaient conduit à l'interruption du stage et, lors de l'activité de réceptionniste sollicitant le membre supérieur droit, il n'y avait pas eu de problème. La Dresse I_____ n'apportait pas la preuve tangible d'une atteinte organique quelconque qui pourrait limiter la capacité de travail à long terme dans l'activité habituelle. Conformément aux directives, il ne pouvait que confirmer, à la lecture de l'examen du 29 juin 2015, que les constats objectifs étaient sans gravité, que les plaintes de l'assurée n'empêchaient pas celle-ci dans les activités quotidiennes et que, malgré les plaintes, elle attendait de l'OAI une reconversion professionnelle. Le traitement pour l'épaule droite avait été a minima, consistant en des anti-inflammatoires et des antalgiques. Le non-recours à d'autres modalités thérapeutiques et d'autres investigations, par imagerie par exemple, confirmait l'absence d'une aggravation permanente et la banalité de l'atteinte de l'épaule droite, atteignant une vraisemblance prépondérante proche de la certitude. La Dresse I_____ n'avait pas apporté la preuve d'une atteinte grave de l'épaule droite, ni du système musculo-squelettique.

52. A la demande de la chambre de céans, la Dresse I_____ s'est prononcée le 21 octobre 2016 sur l'avis du Dr M_____ du 3 octobre 2016 ; celui-ci avait admis qu'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs était tout à fait possible lors de l'activité de femme de ménage ; le traitement avait été fait dans les règles de l'art et il n'était pas démontré que les ultrasons et les patchs anti-inflammatoires amélioraient la situation. Une atteinte chronique des tendons de la coiffe des rotateurs pouvait être nettement moins symptomatique en diminuant justement les contraintes sur cette épaule. Dans une activité de ménage, le temps passé par activité pouvait être modulable et effectué à un rythme n'entraînant pas de contrainte. De plus l'activité de réceptionniste n'entraînait pas non plus de contrainte sur l'épaule, hormis éventuellement, quelques classements épisodiques. Concernant le diagnostic, l'assurée étant moins symptomatique à l'arrêt de son activité professionnelle ; il n'a pas été nécessaire de pousser les investigations par une arthro-IRM qui, comme mentionné par le Dr M_____, n'était pas dénuée d'effets secondaires, et qui n'aurait pas modifié la prise en charge. Un traitement par infiltration ou chirurgical n'avait également pas été proposé en raison de la diminution des symptômes en diminuant les activités. Les limitations fonctionnelles décrites étaient des limitations retrouvées dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe, aggravées par les activités contraignantes. Elle persistait donc dans son appréciation d'une incapacité de travail totale dans son activité de femme de chambre.
53. A la demande de la chambre de céans, le Dr M_____ s'est prononcé sur le rapport de la Dresse

54. I _____ du 21 octobre 2016 en indiquant qu'il maintenait sa dernière appréciation concernant les capacités de la recourante à effectuer un travail de femme de chambre.

55. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile le recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante.

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

5. 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. 28a al. 1 LAI).

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).

6. 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).

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 125 V 351 consid. 3).

c. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c/aa. 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. Etant 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).

c/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) 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).

c/cc. 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

c/dd. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la

santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice – par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait –, ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).
9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).
10. a. 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.

Conformément à l'art. 29 al. 1, le début du versement de la rente ("Anspruchsbeginn") ne peut toutefois avoir lieu au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Exprimé de manière différente, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n. 2187 ss p. 591).

b. Concernant les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus. Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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 28a al. 1 LAI).

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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité; 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 222 et ATF 128 V 174).

c/aa. Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

c/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du

pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

d. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édités par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

e. La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références).

Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en

contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidé par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013, consid. 4.2).

Dans le dernier arrêt cité, qui concernait un aide-monteur en constructions métalliques, victime d'un accident en 2008, le Tribunal fédéral a constaté que l'assuré aurait réalisé, selon les indications de l'employeur, un salaire de CHF 58'500.- (CHF 4'500.- x 13) en 2010, année au cours de laquelle la rente avait pris naissance. Prenant pour référence le revenu réalisé en 2010 par les hommes pour une activité simple et répétitive dans le domaine particulier de la construction (CHF 66'268.- compte tenu d'un salaire mensuel de CHF 5'310.- [ESS 2010, tableau TA1, ch. 41-43] alloué 12 fois l'an et d'un horaire de 41,6 h./sem.), la Haute Cour a considéré que ce revenu statistique dépassait de plus de 5 % le salaire qu'aurait réalisé l'assuré. Elle a ajouté que, dans la mesure où il n'y avait pas de raison de penser que l'intéressé désirait s'en contenter délibérément (ATF 134 V 322 consid. 4.1), il convenait de paralléliser les revenus à comparer jusqu'à concurrence de la part excédant le taux minimal déterminant de 5 %, ce qui donnait en l'occurrence un revenu sans invalidité de CHF 62'954.- (= CHF 66'268.- sous déduction de 5 % de ce montant).

11. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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).

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 professionnelle) 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).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur un minimum de connaissances. Il convient bien plutôt de se reporter aux circonstances du cas concret. L'assuré qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

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

12. a. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références). Si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

On relèvera enfin que les cours de langue pour assurés d'origine et de langue étrangère ne font partie intégrante de la formation accordée par l'assurance-invalidité que si, pour l'acquisition d'une possibilité de gain approximativement de la même valeur que l'activité antérieure, le reclassement dans une profession pour l'exercice de laquelle des connaissances d'une langue nationale suisse sont nécessaires constitue la seule mesure appropriée, simple et opportune entrant en ligne de compte. Toutefois, l'assurance-invalidité ne prend en charge que les frais d'acquisition des connaissances linguistiques nécessaires et suffisantes dans la profession en question (Pratique VSI 2/1997 p. 79).

b. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation

professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références).

c. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^{ème} révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références).

A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 510/04 du 19 août 2005, consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour

participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c).

Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente. Il y a cependant lieu de rappeler que la 4^{ème} révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, a étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/05 du 22 septembre 2004 consid. 6.2). La modification de l'art. 18 al. 1 LAI lors de la 5^{ème} révision de la loi a également eu pour but d'élargir le droit au placement (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision de l'AI], FF 2005 4279). Il n'y a dès lors pas lieu selon le droit actuellement en vigueur de donner une interprétation plus restrictive aux principes régissant le droit à l'aide au placement, nonobstant les différences dans la lettre de la loi. Le Tribunal fédéral a au demeurant confirmé que le principe en vertu duquel le droit au placement est ouvert lorsque les difficultés à trouver un emploi résultent du handicap lui-même reste valable après l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2).

13. a. En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante était apte à exercer toute activité depuis avril 2014, en se fondant sur l'avis du SMR du 2 juillet 2015 établi par les Drs M_____ et N_____.

b. La recourante conteste une capacité de travail dans son ancienne activité en se fondant sur l'avis de la Dresse I_____ mais reconnaît qu'elle est apte à exercer une activité légère (procès-verbal d'audience du 5 septembre 2016).

La chambre de céans constate que les avis de la Dresse I_____ (des 22 octobre 2014, 9 août 2016 et 21 octobre 2016) sont convaincants ; en effet, celle-ci explique que la recourante présente des douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs malgré les traitements effectués dans les règles de l'art et excluant l'ancienne activité de femme de chambre ; l'atteinte est moins symptomatique avec l'arrêt de l'activité professionnelle mais augmentée avec la reprise d'une telle activité et les limitations fonctionnelles décrites correspondent à celles retrouvées dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe.

L'avis contraire du Dr M_____ n'emporte pas la conviction ; celui-ci ne conteste pas le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs mais estime qu'elle est légère en émettant l'hypothèse que la recourante n'est pas gênée dans ses activités quotidiennes et en partant du principe, théorique, qu'au-delà d'une période de six

mois, après l'échographie du 25 février 2014, il n'existe plus de limitations fonctionnelles.

Il convient en conséquence de retenir que la recourante est incapable d'exercer son ancienne activité de femme de ménage mais présente une capacité de travail entière dans une activité légère, respectant les limitations fonctionnelles fixées par la Dresse I_____, soit sans port de charge, sans travaux lourds et sans activité répétées avec le membre supérieur droit.

c. Du point de vue psychique, la recourante estime que les indicateurs retenus par la jurisprudence en présence d'une fibromyalgie n'ont pas été traités par le SMR.

A la demande de la chambre de céans, les Drs K_____ et R_____ se sont prononcés le 12 septembre 2016 sur l'aspect psychique et ont estimé que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement physiques et que, du point de vue psychique, elles étaient dues à de la fatigabilité, un sentiment d'incapacité de faire face et du découragement ; elle présentait cependant une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations physique, après une réadaptation professionnelle.

Dans ces conditions, la chambre de céans renoncera à investiguer l'aspect psychique, l'avis des médecins-traitant de la recourante ainsi que le propre avis de celle-ci sur sa capacité de travail rejoignant les conclusions de la Dresse N_____.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son ancienne activité et totale dans une activité légère, adaptée à ses limitations fonctionnelles.

14. a. En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né en principe le 27 janvier 2015 puisque l'incapacité de travail durable déterminante, soit une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable, est présente depuis le 27 janvier 2014. Il convient ainsi d'effectuer le calcul du degré d'invalidité en procédant à la comparaison des gains un an plus tard, soit en 2015.

b/aa. Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 précité, la mise en œuvre du parallélisme des revenus suppose que le revenu avant invalidité effectivement réalisé par un assuré soit inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel de la branche, étant précisé que le Tribunal fédéral a opté pour une détermination dudit salaire statistique au moyen de l'enquête publiée par l'Office fédéral de la statistique (ESS).

Selon cette dernière source (ESS 2012, TA1, ligne 55 - 56), le revenu réalisé en 2012 par les femmes dans le domaine de l'hébergement restauration pour une activité simple et répétitive était de CHF 43'980.- par année, compte tenu d'un salaire mensuel de CHF 3'665.- alloué 12 fois l'an. En tenant compte d'un horaire usuel dans ce domaine de 42.4 h./sem. en 2012 (cf. la Vie économique 4-2015, table B 9.2 p. 88) et de l'évolution des salaires nominaux en 2013 (+ 0,7 %), 2014

(+ 0,8 %) et 2015 (+ 0,4 %), cela correspond à un revenu annuel de CHF 47'510.- en 2015.

b/bb. S'agissant du revenu sans invalidité l'employeur a indiqué le 14 octobre 2014, un salaire brut mensuel de CHF 3'470.- depuis avril 2011, versé 13 fois l'an, soit un salaire annuel brut de CHF 45'110.- en 2014. Les salaires AVS brut 2012 et 2013 indiqués par l'employeur de respectivement CHF 43'592.35 et CHF 37'911.65 sont inférieurs à CHF 45'110.- car la recourante a été indemnisée en perte de gains maladie (indemnisée à 80 % du salaire) et accident (non comptabilisé dans le salaire brut). Il convient dans ces conditions de se référer à un revenu sans invalidité de CHF 45'110.-, lequel, indexé en 2015 (+ 0,4 %) est de CHF 45'290.45.

Force est toutefois de constater que le revenu sans invalidité (CHF 45'290.45) n'est pas inférieur de plus de 5% au salaire statistique usuel dans la branche (CHF 45'510.-) de sorte qu'il ne peut être revalorisé.

b/cc. Concernant le salaire avec invalidité, il convient de se référer aux ESS puisque la recourante n'a pas repris d'activité lucrative à la date de la décision entreprise. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 49'344.- (CHF 4'112.- x 12 ; ESS 2012, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40h, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41.7h ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 51'441,10 puis à CHF 52'216,20, une fois indexé à 2015 selon l'évolution des salaires en termes nominaux.

Il convient encore de procéder à une déduction de 15 % sur le revenu statistique, pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante et de son permis B. Le revenu d'invalidité finalement retenu est de CHF 44'384.-.

Le degré d'invalidité est donc de :

$$\frac{\text{CHF } 45'290.- - \text{CHF } 44'384}{\text{CHF } 45'290} = 2 \%$$

c. Un degré d'invalidité de 2 % ne donne droit ni à une rente d'invalidité, ni à une mesure de reclassement.

En revanche, s'agissant d'une autre mesure d'ordre professionnel, l'exigence de la perte de gain durable de 20 % ne résulte pas de la loi. La jurisprudence a établi cette exigence pour des mesures de reclassement professionnel, soit une formation dans

une autre profession, droit qui est uniquement ouvert aux assurés ayant déjà une formation. Selon la loi et la doctrine en la matière, il n'est pas nécessaire, pour l'octroi de mesures de réadaptation, que l'invalidité atteigne un degré minimum d'invalidité (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, ch. 1236 p. 342). Par ailleurs, la jurisprudence a toujours laissé ouverte la question de savoir si le degré d'invalidité minimal de 20 % devait également s'appliquer aux mesures d'orientation professionnelle (ATAS/970/2016).

En l'occurrence, la recourante a déjà bénéficié dans le cadre des mesures d'interventions précoces de cours de français et de bureautique, d'une observation professionnelle du 2 au 27 février 2015 – laquelle a conclu à la nécessité d'une mise à niveau en français ainsi que dans le domaine des applications bureautiques – d'un stage auprès de l'entreprise Q_____ en mai 2015 qui a dû être interrompu après deux jours pour des raisons médicales, d'un stage au foyer d'accueil du 15 au 28 juin 2015 - lequel a conclu à la nécessité d'améliorer le français et la bureautique – et d'une mesure d'accompagnement par le biais de cinq entretiens concluant à la possibilité d'exercer, d'une part, comme opératrice d'horlogerie, moyennant la mise en place d'un stage ou d'une formation IFAGE, d'autre part, dans les soins esthétiques, moyennant une formation.

Elle a ainsi bénéficié d'un stage de vingt jours effectif aux EPI (observation et orientation professionnelle) et d'un stage de dix jours effectif en tant que réceptionniste.

Du point de vue subjectif la recourante est décrite comme fortement motivée dans tous les rapports d'observation (rapport des EPI du 11 mars 2015 ; bilan de fin de formation – cours de français du 19 mai 2015 ; bilan de stage du 26 juin 2015 et compte rendu final de coaching du 16 septembre 2015).

Du point de vue objectif, la recourante n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de femme de ménage et doit se réorienter dans une nouvelle activité adaptée à son état de santé.

Compte tenu de ces deux aspects, et en particulier de la motivation importante de la recourante, soulignée par tous les observateurs professionnels, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il octroie à la recourante la mesure d'ordre professionnel la plus appropriée à sa situation, en prenant en compte les observations déjà faites par les EPI et le coaching professionnel quant aux compétences et capacités de la recourante à exercer une activité professionnelle.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée dans la mesure où elle refuse tout droit de la recourante à des mesures professionnelles et la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il statue, dans le sens des considérants.
16. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69

al. 1bis LAI), un émoulement de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. Enfin, une indemnité de CHF 2'000.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 5 avril 2016 dans la mesure où elle refuse à la recourante tout droit à des mesures professionnelles.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- à la recourante, à charge de l'intimé.
7. 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le