

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1631/2014

ATAS/30/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 janvier 2015**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERNIER

recourante

contre

Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, sis rue des  
Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy  
KNÖPFEL, Judges assessesurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1953, est mère de quatre enfants nés en 1974, 1976, 1978 et 1982. Elle s'est établie en Suisse en 1992 et a notamment travaillé en tant que femme de chambre de décembre 1999 à août 2001 pour des remplacements, selon un horaire variable.
2. Le 18 février 2003, l'assurée a subi un accident. Lors du freinage d'urgence d'un bus, sa tête a heurté la vitre et elle a perdu connaissance. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la Suva).
3. Le 17 décembre 2003, l'assurée a été examinée par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement à la Suva. Celui-ci a indiqué que l'accident avait entraîné une contusion-entorse de la colonne cervicale et a noté la persistance de cervicalgies. Les radiographies de la colonne cervicale avaient mis en évidence une structure osseuse et des tissus mous dans la norme, compte tenu de l'âge. Il n'y avait pas de lésions crânio-cérébrales à l'IRM et le neurologue consulté n'avait pas relevé de déficit neurologique. L'assurée continuait toutefois à se plaindre de cervico-brachialgies gauches d'origine indéterminée. Le médecin de la Suva a en outre mentionné de possibles signes d'aggravation, car la mobilité de la colonne cervicale était meilleure lorsque l'assurée était distraite. L'accident ne déployait plus d'effet délétère et le *statu quo sine* était atteint.
4. Par décision du 22 décembre 2003, la Suva a mis fin à ses prestations au 4 février 2004, estimant que l'accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles de l'assurée dès cette date.
5. Le 19 avril 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).
6. Le 29 avril 2004, l'assurée a indiqué dans le questionnaire destiné à déterminer son statut que si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % par intérêt personnel et pour des raisons financières.
7. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2004, l'employeur de l'assurée a indiqué que celle-ci réalisait un salaire horaire de CHF 22.40, auquel s'ajoutait une indemnité pour vacances de 10.64 % et une indemnité pour jours fériés de 3.6 %.
8. L'assurée a fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique le 22 mai 2006 par les docteurs C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Les médecins ont relevé que l'anamnèse était floue, avec des douleurs à point de départ cervical irradiant dans la tête, le rachis cervical, le dos et le membre supérieur gauche, ainsi que des gonalgies liées aux chutes causées par les vertiges. L'assurée se plaignait de crises de vertiges. Les médecins ont examiné les documents radiologiques avant de procéder à un examen clinique complet. Cet examen était essentiellement marqué par un discours stéréotypé, comme appris par cœur, centré sur les douleurs du rachis cervical

---

responsables de vertiges entraînant des impotences majeures, y compris dans les activités de la vie quotidienne. L'examen ostéoarticulaire montrait des limitations dans la mobilité du rachis cervical de type volontaire sous contracture musculaire et contre-pulsion. La mobilité spontanée du rachis cervical était nettement supérieure quand l'assurée était distraite. Au niveau neurologique, il n'y avait aucun signe de déficit, hormis la description d'une hypoesthésie diffuse du membre supérieur. L'examen mettait également en évidence une obésité associée à une gonarthrose et quelques lombalgies secondaires sous contraction musculaire. Cinq signes de Waddell en faveur d'un processus de type non-organique étaient présents. Les critères selon Smith pour une fibromyalgie étaient absents. Aucune pathologie n'avait pu être objectivée au niveau du rachis cervical. Au plan psychiatrique, le Dr D\_\_\_\_\_ n'observait pas de syndrome dépressif. Il ne pouvait confirmer un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'attitude anxieuse de l'assurée par rapport à une nouvelle chute semblait rentrer dans le cadre de symptômes anxieux d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). La non-acculturation jouait un grand rôle : l'assurée s'était comportée selon les règles de sa culture pendant presque toute sa vie, à savoir mère au foyer et à disposition de la grande famille. Elle avait essayé d'assumer un travail rémunéré en Suisse pendant une année et demi à temps partiel, ce qui était plutôt contraire à ses aptitudes culturelles. Les diagnostics retenus, sans répercussion sur la capacité de travail, étaient ceux de cervicalgies chroniques sans substrat organique post distorsion cervicale en 2003 (M 54.2), de gonalgie gauche de type mécanique sur gonarthrose débutante et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Il n'existait aucune limitation fonctionnelle somatique ou psychiatrique. Les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont admis une incapacité de travail consécutive à l'accident de tout au plus neuf mois en lien avec le coup du lapin. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité.

9. Le 26 juillet 2006, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a relaté que l'assurée se plaignait de douleurs à la tête, à la nuque et au bras gauche, ainsi que de problèmes de vision, de pertes de mémoire et d'une désorientation le matin. Elle disait devenir folle et sa famille avait de la peine à la supporter dans ces moments. Elle avait développé un état dépressif anxieux et des insomnies liées à un syndrome de stress post-traumatique. Pour soulager les douleurs et son état dépressif, elle portait une minerve et prenait des médicaments. Chez son dernier employeur, son temps de travail fluctuait entre 50 et 100 %. Il ne l'avait plus rappelée à la suite de sa demande de ne travailler qu'à 50 % en raison de la fatigue générée par les trajets. Sur le plan financier, le couple vivait précairement de la rente d'invalidité du mari de l'assurée, des aides au logement et des subsides d'assurance-maladie. L'enquêtrice a évalué le taux d'empêchement dans le ménage à 14.75 %. L'assurée lui avait paru triste et renfermée, répondant de façon très vague aux questions posées, se lamentant et détournant le regard durant l'entretien. Elle disait ne plus rien pouvoir faire à cause de ses douleurs qui ne

pouvaient être soulagées. Toutefois, ces empêchements dans le ménage étaient relativement faibles et son mari semblait capable de prendre part aux tâches ménagères. Au vu de l'extrait du compte individuel de l'assurée et de la recherche d'emploi à 50 %, l'enquêtrice retenait un statut mixte de 50 % dans une activité lucrative et de 50 % dans le ménage.

10. Dans son avis du 29 août 2006, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin au SMR, a repris certains éléments de l'examen du SMR. Il a conclu à une incapacité de travail totale pendant 9 mois dès le 18 février 2003. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité.
11. Dans son rapport du 12 juin 2004, le docteur F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une contusion frontale et costale bilatérale, un syndrome post-traumatique et un état dépressif. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident et l'état de santé était stationnaire. Dans les plaintes, il a mentionné des douleurs dans la région occipitale gauche avec des douleurs dans le membre supérieur gauche et une diminution de la force dans la main gauche. L'assurée se plaignait aussi d'insomnies, se sentait dépressive et anxieuse, avait grand peine à faire le ménage et à préparer les repas. Enfin, elle pleurait facilement. On pouvait attendre une amélioration sur une longue durée.
12. Par décision du 15 novembre 2006, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il s'est fondé sur un statut mixte et a retenu un degré d'invalidité de 7,5 %, sur la base de l'enquête économique sur le ménage.
13. En octobre 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
14. Le 10 novembre 2008, l'assurée a annoncé que son cas s'aggravait. Son médecin adresserait prochainement un rapport à l'OAI.
15. Par décision du 23 décembre 2008, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, celle-ci n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.
16. Le 3 février 2009, l'assurée a derechef sollicité une rente d'invalidité, invoquant une dépression et une douleur au genou depuis 2001.
17. L'assurée n'ayant pas donné suite aux demandes de renseignements de l'OAI, ce dernier a refusé d'entrer en matière sur sa demande par décision du 23 avril 2009.
18. Le 22 avril 2010, l'assurée a adressé une nouvelle demande de rente à l'OAI. Elle a fait état d'un état anxio-dépressif, d'un syndrome d'apnées du sommeil depuis 2010 et d'une gonarthrose tricompartmentale des deux côtés.
19. Dans son rapport du 16 juillet 2010, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif, de céphalées de tension, de syndrome d'apnées du sommeil, de

gonarthrose tri-compartmentale et d'obésité. L'assurée présentait également un syndrome métabolique avec dyslipidémie, une hypertension artérielle et stéatose hépatique, ces atteintes étant sans incidence sur sa capacité de travail. Dans l'anamnèse, il a noté que l'assurée relatait des troubles dépressifs de longue date avec une symptomatologie dépressive modérée d'origine multifactorielle (conflit de couple, migration, manque de reconnaissance, barrière linguistique) qui s'étaient accentués en 2001 en raison de la perte de travail et en 2003 après l'accident de bus. L'assurée avait essayé différents traitements et était suivie sur le plan psychiatrique depuis décembre 2009. Depuis l'accident en 2003, elle décrivait des céphalées, parfois associées à des vertiges, irradiant de la nuque à la tête. Quant au syndrome d'apnées du sommeil, un traitement avec CPAP avait été essayé mais n'avait pas été supporté. L'assurée était suivie par un chirurgien maxillo-facial afin d'évaluer la possibilité d'une intervention chirurgicale. Les gonalgies s'étaient aggravées l'année précédente et il existait une gonarthrose tri-compartmentale. Le traitement consistait en médicaments et physiothérapie. L'assurée se présentait avec une anhédonie et se décrivait sans énergie, avec parfois des idées noires. Elle avait des difficultés à la marche et dans les escaliers. L'activité exercée n'était plus exigible.

20. Dans son rapport du 16 septembre 2010, le docteur H\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'agissait pour lui « clairement d'une sinistrose avec désir de rente dans un contexte certes d'un état dépressif, mais sans élément empêchant de travailler. » Il avait refusé d'assurer le suivi de l'assurée, car cette dernière lui demandait d'attester d'une aggravation de son état de santé.
21. L'OAI a confié un nouvel examen rhumatologique de l'assurée à la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin au SMR. Dans son rapport du 11 juillet 2011, elle a retracé l'anamnèse de l'assurée. Cette dernière se plaignait de douleurs à la tête, à la nuque, aux poignets, aux genoux et aux chevilles. La Dresse I\_\_\_\_\_ a ensuite procédé à un examen clinique, complété par l'étude des documents radiologiques. Elle a noté que la collaboration était moyenne, l'assurée étant plutôt évitante et répondant souvent de façon imprécise. Pendant la durée de l'entretien d'une heure, elle était restée calmement assise sans changer de position. Elle se levait avec une certaine difficulté et se déplaçait d'un pas lent en épargnant le membre inférieur gauche. L'habillage et le rhabillage se faisaient par des mouvements lents, mais sans épargne visible. La Dresse I\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de gonalgies bilatérales dans le contexte d'une gonarthrose tri-compartmentale notamment à gauche (M 17.0) et de dorso-lombalgies mécaniques dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif avec dysbalances musculaires (M 54.8). Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail : cervico-scapulalgies bilatérales irradiant dans la tête sans modification structurelle, status post distorsion cervicale ; douleurs aux poignets et aux chevilles sans lésion objectivée ; obésité ; hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitée ; majoration des symptômes ; hallux valgus bilatéral et pieds plats. La Dresse I\_\_\_\_\_ a conclu que l'assurée

présentait une gonarthrose bilatérale plus marquée à gauche et des lombalgies mécaniques dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif aggravé par l'obésité et les dysbalances musculaires. Ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles mais ne justifiaient pas une incapacité de travail totale. L'assurée disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée, avec tout au plus une diminution de rendement de 10 % pour pouvoir changer de position. Par rapport à l'examen de 2006, la mobilité cervicale était plutôt meilleure. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de position statique debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie ou agenouillée, pas de port de charges de plus de 10 kg occasionnellement. L'assurée devait pouvoir changer de position au moins une fois par heure. Dans une position assise ou semi-sédentaire, sa capacité de travail était entière. Depuis juin 2009, elle était nulle dans son activité de femme de chambre en raison de la gonarthrose.

22. Le 15 septembre 2011, l'OAI a réalisé une nouvelle enquête économique sur le ménage. Selon les conclusions de l'enquêtrice, l'assurée présentait une invalidité dans le ménage de 21 %.
23. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité le 22 septembre 2011. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2008, tableau 1, était de CHF 4'116.- pour 40 heures par semaine. Indexé et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures en 2009, le revenu s'élevait à CHF 52'457.- par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 90 % et d'un abattement de 15 %, le revenu d'invalidité était de CHF 40'130.-. Quant au revenu sans invalidité, il se montait à CHF 49'392.- et CHF 50'440.- après indexation. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 20 % dans la sphère active. Quant au taux d'invalidité dans le ménage, il était de 21 %. Le taux d'invalidité global était ainsi de 20.72 %.
24. Par décision du 10 novembre 2011, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente. Il a relevé que le taux d'invalidité de 21 % n'ouvrait pas le droit à une rente.
25. L'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI le 9 décembre 2011. Elle a notamment conclu à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à ce que des mesures de réadaptation professionnelle soient mises en œuvre. Elle a notamment reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'état anxio-dépressif diagnostiqué par le Dr G\_\_\_\_\_ en juillet 2010.
26. Dans son avis du 9 février 2012, la docteure J\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a reconnu que le dossier aurait dû être instruit sur le plan psychiatrique. Il était nécessaire d'obtenir un rapport du psychiatre traitant de l'assurée.
27. Dans son écriture du 14 février 2012, l'OAI a conclu au renvoi de la cause pour instruction complémentaire au plan psychiatrique.
28. Par arrêt du 28 mars 2012 (ATAS/428/2012), la Cour de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et

nouvelle décision. Elle a relevé que la recourante ne mettait pas en cause les constatations médicales sur le plan somatique et la capacité de travail en découlant. Seules étaient litigieuses les atteintes sur le plan psychiatrique et leurs répercussions sur la capacité de travail. L'instruction du dossier était incomplète au plan psychiatrique et il y avait dès lors lieu de renvoyer le dossier à l'OAI, conformément à sa proposition, afin de soumettre l'assurée à un examen psychiatrique approfondi par le SMR ou un expert indépendant.

29. L'OAI a confié l'expertise de l'assurée au docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 22 mai 2013, ce dernier a résumé le dossier médical de l'assurée avant de relater son anamnèse. Elle s'estimait incapable de travailler à cause de la deuxième vertèbre de la nuque qui lui faisait mal, de problèmes au foie, de douleurs à la tête, de vertiges et de chutes fréquentes en raison desquelles elle avait peur de se mettre debout. Les douleurs irradiaient de la tête dans le dos. Elle n'était pas à même de dire si elle s'était sentie déprimée ou anxieuse. Elle ne pouvait pas dormir, avait l'impression d'être prise à la gorge et que sa tête « faisait ding-ding ». Elle s'était adressée à un premier psychiatre car elle se sentait « devenir folle » mais ne pouvait dater ces consultations ni indiquer le nom du psychiatre. Elle avait mis un terme à cette prise en charge après 3 à 4 mois car le médecin l'énervait. Elle s'était par la suite adressée au centre ambulatoire de psychiatrie 4 ou 5 ans avant l'expertise. Les psychiatres changeaient régulièrement et elle était actuellement prise en charge par une femme dont elle ignorait le nom. L'assurée a déclaré qu'elle se serait suicidée si elle n'avait pas eu ses petits-enfants. Elle avait des problèmes de sommeil et devait constamment consulter des médecins, lesquels banalisaient son état. Interrogée sur ses symptômes, l'assurée a déclaré ressentir une tristesse permanente et pleurer sans cesse. Plus rien ne lui faisait plaisir, elle n'avait pas d'énergie, de force ou de volonté. Elle avait totalement perdu confiance en elle. Elle avait pris une corde une fois pour se suicider. Son sommeil était catastrophique, sa concentration mauvaise et elle avait des troubles de la mémoire. Elle mentionnait beaucoup d'angoisses et une irritabilité.

L'expert a ensuite procédé au status psychiatrique. Dans ce contexte, il a noté que l'assurée était orientée dans les trois modes. Elle se déplaçait seule sans manifester de symptomatologie vertigineuse. Elle était volubile et s'exprimait avec vivacité, sans signes de fatigue tels que bâillements, somnolence ou temps de latence accru des réponses aux questions. Elle était plutôt tonique et animée et présentait un comportement algique par des changements de position sur sa chaise. La démonstrativité ainsi que la théâtralité étaient marquées. Le fonctionnement intellectuel se situait dans la norme inférieure. L'assurée était une personne fruste, aux capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration inexistantes, la pensée était ancrée dans le concret et le factuel. Il existait une labilité émotionnelle. Malgré plusieurs épisodes de pleurs, l'humeur n'était globalement pas déprimée, sans tristesse permanente ni diminution de l'élan vital ou abattement, la mimique,

la gestuelle et la modulation de la voix étant conservées. L'expert n'observait pas de ralentissement idéomoteur. La légère anxiété et la légère tension en début d'entretien s'étaient rapidement estompées. Il n'y avait pas d'irritabilité. La vigilance, l'attention, la concentration et la mémoire étaient sans particularité. Quant au discours, il était mal structuré, avec des tendances digressives, tangentielles, circonlocutoires et circonstanciées, sans être globalement désorganisé. Les plaintes étaient quasi permanentes et amplifiées. Le discours était peu authentique et donnait parfois l'impression d'être appris, il était souvent imprécis et peu fiable. A l'issue de son examen clinique, le Dr K\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) depuis le mois de mai 2006. Dans son appréciation, il a exposé que l'assurée, interrogée sur les symptômes dépressifs, répondait systématiquement par l'affirmative et cela sans discernement. Selon ce qu'elle rapportait, la totalité des critères (soit dix sur dix) de la dépression était réalisée, ce qui correspondait à un épisode dépressif sévère. Or, il en allait tout autrement si l'on se fiait à l'observation clinique. Par ailleurs, le discours était peu authentique, non fiable et les plaintes psychiques amplifiées. Au vu du manque de fiabilité du discours de l'assurée, l'expert était obligé de se baser exclusivement sur ses observations. Certains éléments rapportés, tels que l'anhédonie, les idées de mort, les troubles du sommeil et une diminution de l'appétit, étaient invérifiables. D'une manière générale, l'absence de plaisir à toute activité était possible mais difficilement crédible au vu de la vivacité démontrée par l'assurée. De même, concernant les idées de suicide, l'assurée n'apparaissait pas déterminée à mettre fin à ses jours en l'absence d'abattement et de désespoir. Enfin, les troubles du sommeil n'étaient pas corroborés par des signes de fatigue tels que bâillements, somnolence etc. S'agissant de la perte de toute énergie, l'absence de force, de volonté et de vie alléguées, elles ne se vérifiaient pas lors de l'observation clinique, l'assurée se montrant plutôt animée. Les limitations dans certaines activités semblaient être le fruit des douleurs avancées. Il n'y avait pas de ralentissement moteur d'origine psychique car la gestuelle avait lieu à une vitesse normale. Les troubles de la concentration pouvaient être exclus, dès lors que l'assurée avait compris et répondu aux questions de l'expertise sans hésitation. Le caractère imprécis et flou ne traduisait pas de troubles formels de la mémoire à court ou long terme. En effet, l'assurée pouvait décrire précisément des événements du passé proche ou lointain. Il existait actuellement une symptomatologie dépressive disparate, aspécifique, réduite et non incapacitante. Ni un épisode dépressif, même de degré léger, ni même une dysthymie ne pouvaient être retenus. Le Dr K\_\_\_\_\_ a également indiqué pour quels motifs il excluait le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), également connu sous le nom de névrose de compensation ou de sinistrose, avait été posé par le Dr D\_\_\_\_\_ et relevé par le Dr H\_\_\_\_\_.

L'assurée présentait effectivement non seulement une amplification des symptômes psychiques, mais également physiques, comme cela ressortait des rapports des

Drs C\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Les critères diagnostiques de cette atteinte étaient effectivement vérifiés. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques incapacitantes. Au plan psychiatrique, la capacité de travail était entière dans toute activité correspondant aux capacités et au niveau d'instruction de l'assurée. L'activité exercée était exigible depuis toujours à raison de 8h30 par jour, sans diminution de rendement. L'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient théoriquement envisageables au vu des ressources psychiques largement préservées de l'assurée. Néanmoins, au plan pratique, les chances de réussite seraient réduites en raison de l'absence de toute motivation de l'assurée pour s'engager dans un tel processus.

30. Dans son avis du 3 juillet 2013, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a qualifié l'expertise de convaincante. Il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, selon lesquelles il n'y avait pas d'affection psychiatrique justifiant une incapacité de travail.
31. Le 12 juillet 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet lui refusant l'octroi de prestations. Il a affirmé que le degré d'invalidité de 21 % retenu dans la décision du 10 novembre 2011 n'était pas modifié par l'instruction complémentaire, laquelle n'avait révélé aucune incapacité de travail pour motifs psychiatriques.
32. Par courrier du 13 septembre 2013, l'assurée, par son mandataire, a invité l'OAI à étudier son droit à des mesures d'ordre professionnel, notamment une aide au placement, au vu de son taux d'invalidité de 21 %.
33. L'OAI a convoqué l'assurée à deux entretiens, le 19 décembre 2013 et le 6 mars 2014, auxquels elle s'est rendue accompagnée d'un interprète. Selon le rapport du 6 mars 2014, le discours de l'assurée était fermement centré sur la maladie et l'incapacité de travail. L'OAI avait reçu l'assurée une deuxième fois afin qu'elle comprenne bien les implications de son refus quant à la mise en place d'un reclassement professionnel, et elle avait confirmé lors du deuxième entretien être trop malade pour s'y soumettre. Par ailleurs, l'assurée était intégrée dans sa communauté mais ne maîtrisait pas le français. Les chances de succès étaient compromises sur le marché du travail et même dans l'industrie légère, où une activité à l'établi n'existait pas ou plus pour ce profil de compétence. Les critères d'employabilité n'étaient pas remplis.
34. Par décision du 15 mai 2014, l'OAI a confirmé le refus de prestations. Le degré d'invalidité de 21 % n'ouvrait pas le droit à une rente, et les conditions pour la mise en place de mesures de reclassement n'étaient pas remplies.
35. Par courrier du 4 juin 2014, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a indiqué qu'elle ferait parvenir ultérieurement les arguments médicaux relatifs à son recours.
36. Le 16 juin 2014, la Cour de céans a imparti à la recourante un délai au 1<sup>er</sup> juillet 2014 pour compléter son écriture.

37. Le 27 juin 2014, la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecin auprès du Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a sollicité de la Cour de céans une prolongation de délai au 30 juillet 2014 pour compléter son rapport.
38. Par courrier du 28 juillet 2014, la recourante a complété son recours. Elle a contesté la décision, invoquant plusieurs problèmes de santé. Les médecins du centre qu'elle consultait changeaient fréquemment et ne pouvaient ainsi pas se rendre compte de sa situation. Sa santé se détériorait de plus en plus. Elle n'était pas d'accord avec son psychologue qui attribuait son stress à l'enfance, alors qu'elle était « comme ça » depuis son accident.
39. Dans sa réponse du 25 août 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante n'amenait aucun élément susceptible de mettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_.
40. La recourante s'est déterminée le 26 septembre 2014. Elle a indiqué ne pas pouvoir s'offrir les services d'un avocat. Elle n'avait pas de nouvel élément mais sa santé s'était dégradée. Elle avait actuellement des problèmes de foie qui l'empêchaient de prendre ses médicaments pour ses autres atteintes. On ne l'avait jamais aidée à se réinsérer ni à aller mieux.  
  
Elle a joint un certificat établi à la même date par le docteur N\_\_\_\_\_, médecin au Département de médecine communautaire des HUG, aux termes duquel elle était suivie en gastroentérologie aux HUG. Son traitement antalgique avait dû être arrêté, ce qui avait provoqué une aggravation des symptomatologies rhumatologiques et de ses douleurs.
41. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 30 septembre 2014.
42. Sur ce, 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<sup>er</sup> 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA, entrée en force le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au présent litige.
4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

- 
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
  7. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.
  8. Conformément à l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme 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 leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre 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 (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

9. Il existe différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

a) L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA -

E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2).

b) Aux termes de l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.5).

10. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

e) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2;). Le Tribunal fédéral retient cependant que lorsque l'empêchement résulte de troubles psychiques, une telle enquête n'est pas un moyen de preuve adéquat (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). Cette jurisprudence a cependant été précisée en ce sens qu'en cas de divergence entre les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels et les résultats de l'enquête économique, les premières prévalent en présence de troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3).

11. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour

l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGa, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

12. En l'espèce, il convient d'examiner les rapports médicaux et l'enquête à la lumière des principes exposés ci-dessus pour déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la dernière décision déterminante.

Bien que la Cour de céans ait relevé dans son arrêt du 28 mars 2012 que l'évaluation des troubles somatiques n'était pas contestée par la recourante, il n'est pas inutile de souligner que l'expertise réalisée par la Dresse I\_\_\_\_\_ correspond en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral. Son rapport contient en effet une anamnèse et un rappel des plaintes de la recourante. Les diagnostics et les conclusions ont été posés sur la base d'un examen clinique détaillé, après que ce médecin a pris connaissance du dossier médical et des documents radiologiques. Partant, l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_ contient tous les éléments formels nécessaires à se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Au plan psychique, l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ revêt également une pleine valeur probante. Fondée sur l'étude approfondie du dossier et une anamnèse détaillée, elle contient des diagnostics précis. L'expert a de plus pris soin d'exposer minutieusement pour quels motifs cliniques il écartait certaines atteintes et sur quels critères il fondait ses conclusions.

Il n'existe par ailleurs aucun élément médical justifiant que l'on s'écarte des conclusions des experts, aux termes desquelles la recourante dispose d'une pleine capacité de travail – sous déduction d'une diminution de rendement de 10 % – dans une activité adaptée. En effet, s'agissant du rapport du Dr G\_\_\_\_\_, s'il considère à l'instar de la Dresse I\_\_\_\_\_ que la capacité de travail est nulle en tant que femme de chambre, il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. La recourante n'a produit aucun rapport médical permettant de remettre en cause cet élément, malgré le délai qui lui a été accordé à cet effet. Elle semble d'ailleurs admettre dans ses déterminations du 26 septembre 2014 ne pas disposer d'élément nouveau. L'attestation établie par le Dr N\_\_\_\_\_ ne suffit en particulier pas à remettre en cause les conclusions des experts, puisque ce médecin atteste uniquement d'un suivi et non d'une incapacité de travail. En outre, ce certificat est postérieur à la décision litigieuse. Or, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision administrative d'après l'état de fait existant au moment où elle a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1). Au plan psychique plus particulièrement, la recourante n'amène aucun élément qui contredirait les constatations du Dr K\_\_\_\_\_, se contentant d'évoquer le désaccord qu'elle a avec son thérapeute.

Par conséquent, on doit admettre que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une diminution de 10 % pour tenir compte de la nécessité d'alterner les positions.

13. S'agissant de l'incapacité à accomplir les travaux habituels dans le ménage, la recourante n'amène pas non plus d'élément qui justifie que l'on s'écarte de l'évaluation de l'enquêtrice, selon laquelle le degré d'invalidité dans ce domaine est de 21 %.

14. Il reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé.

On notera que, s'agissant du statut de la recourante, celle-ci a affirmé dans le questionnaire du 29 avril 2004 qu'elle travaillerait à plein temps sans problème de santé, alors que l'intimé a tenu compte d'un statut mixte avec une activité professionnelle à 50 %. La question du statut peut toutefois rester ouverte puisque, comme on le verra, même en se fondant sur un statut d'actif, le taux d'invalidité de 29 % dans la sphère professionnelle ne donnerait pas droit à une rente.

Le recours aux données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidité est conforme à la jurisprudence citée et le salaire statistique retenu, de CHF 4'116.- pour des activités simples et répétitives pour une femme en 2008, est correct. L'indexation et l'adaptation à la durée de travail de 41.6 heures selon la statistique

---

sur la durée normale de travail (DNT) en 2009, année de la survenance de l'incapacité de travail en tant que femme de chambre, portent ce revenu à CHF 52'446.40 pour un taux d'activité de 100 % et à CHF 47'201.80 pour un taux d'activité de 90 %. En procédant à un abattement de 15 % sur ce revenu, l'intimé est resté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, de sorte que la Cour de céans ne s'en écartera pas. Le revenu invalide, après cette réduction statistique, est ainsi de CHF 40'121.50.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé n'indique pas sur quels éléments se fonde le revenu sans invalidité retenu de CHF 52'457.- par an. Si l'on se réfère au revenu horaire pour 2001 selon le rapport de l'employeur du 1<sup>er</sup> juin 2004, il est de CHF 25.60, indemnités pour jours fériés et vacances incluses (soit CHF 22.40 auxquels s'ajoutent 3.6 % et 10.64 %). Indexé à 2009, il s'élève ainsi à CHF 29.10. Annualisé, le revenu sans invalidité serait de CHF 56'896.32, soit CHF 29.10 multipliés par 41.6 heures de travail hebdomadaire puis multipliés par 47 semaines, dès lors qu'une indemnité de vacances de 10.64 % correspond à cinq semaines de vacances (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 29.48 %, arrondi à 29 %.

L'incapacité de travail et l'empêchement dans les activités habituelles entrent tous deux à raison de 50 % dans le calcul du degré global d'invalidité ( $[29 \% \times 0.5] + [21 \% \times 0.5]$ ). Le taux ainsi obtenu est de 25 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

15. Ce degré d'invalidité est en revanche supérieur au taux dégagé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. Cependant, le droit à des mesures d'ordre professionnel présuppose une aptitude objective et subjective de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 6.1).

En l'espèce, la recourante a manifesté clairement qu'elle n'entendait pas se soumettre aux mesures d'ordre professionnel envisagées par l'intimé, puisqu'elle a déclaré lors des deux entretiens avec ce dernier qu'elle était trop malade pour travailler. Eu égard à cet élément, l'aptitude subjective de la recourante fait défaut de sorte que de telles mesures paraissent vouées à l'échec. C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé leur octroi.

16. Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours sera rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), l'émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A\_\_\_\_\_.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Irène PONCET

Mario-Dominique  
TORELLO

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