

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1671/2019

ATAS/828/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 septembre 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1974, de nationalité portugaise, réside en Suisse depuis 1997.
Elle a depuis exercé divers emplois comme jeune fille au pair, aide à domicile, serveuse, vendeuse et caissière.
2. Alors qu'elle travaillait comme serveuse, elle a commencé à souffrir, depuis le mois de septembre 2007, de douleurs au poignet gauche, irradiant jusqu'à l'épaule.
3. D'après un rapport daté du 16 novembre 2007 du docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, il n'y avait pas d'anomalie significative sur le plan neurologique. Il avait l'impression que l'assurée présentait une tendinite inflammatoire un peu difficile à localiser, apparaissant en raison de sa profession. Cette symptomatologie était surtout gênante dans son travail, car elle ne pouvait désormais porter plus de trois assiettes à la fois.
4. Dans un rapport daté du 10 janvier 2008, le Dr B_____ a constaté une évolution négative, avec une péjoration des douleurs au membre supérieur gauche et l'apparition de douleurs similaires, mais plus discrètement, au membre supérieur droit. La douleur survenait surtout lors de l'activité professionnelle, mais parfois également lorsqu'elle conduisait. Le tableau clinique correspondant plus à une tendinite du poignet gauche, il avait adressé l'assurée auprès du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main.
5. Le 30 janvier 2008, le Dr C_____ a posé le diagnostic de téno-synovite sténosante de Quervain du poignet gauche. Il lui avait fait une infiltration de xylocaïne et de diprophos de la première coulisse des extenseurs du poignet gauche, avec une disparition immédiate des douleurs. En cas d'échec des infiltrations, il restait toujours la possibilité d'une intervention chirurgicale.
6. Dans un certificat du 5 septembre 2008, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté que l'assurée présentait des douleurs au niveau des deux poignets. Après une opération du pouce droit en juillet 2007, elle était contrainte d'utiliser davantage le membre supérieur gauche.
Avec ces inflammations importantes des deux poignets, elle ne pouvait plus travailler dans la restauration comme serveuse. Elle était ainsi obligée de quitter son emploi pour des raisons médicales.
7. Durant les années qui ont suivi, l'assurée a occupé divers emplois en tant que caissière, vendeuse, employée de nettoyage et employée polyvalente.
8. Du 2 septembre 2017 au 9 novembre 2017, elle a été engagée par contrat de durée déterminée comme aide-cuisinière à temps partiel auprès d'une entreprise genevoise, E_____ SA.
9. À compter du 28 septembre 2017, l'assurée a été mise en incapacité de travail totale en raison de problèmes d'ordre psychiatrique.

10. À teneur d'un rapport de visite effectué à son domicile le 24 octobre 2017 par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, l'assurée souffrait de dépression nerveuse. Il y avait eu un incident sur son lieu de travail : elle avait déclaré avoir été maltraitée par ses collègues et se sentait constamment humiliée.

Elle avait consulté à deux reprises Madame F_____, psychologue-psychothérapeute FSP au centre de psychothérapie de Varembé, et serait prochainement reçue par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapeute.

Elle a indiqué qu'elle avait travaillé en dernier lieu comme aide de cuisine pour une entreprise sise à Vernier, après avoir été durant deux ans au chômage.

Elle était toujours en incapacité de travail à 100 % et aucune reprise n'était prévue.

11. Le 21 novembre 2017, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail un état dépressif avec stress aigu, et comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail un lupus érythémateux disséminé. L'assurée présentait, à un degré de gravité intense, des insomnies, des troubles de la mémoire, des palpitations et une anxiété. Elle ne pouvait plus se concentrer.

L'arrêt de travail résultait de problèmes professionnels. L'incapacité de travail, qui était totale, durerait probablement trois mois.

12. Dans un rapport du 16 février 2018, la Dresse G_____ a retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61), personnalité dépendante (F60.7) et trouble bipolaire sévère (F31.4).

Elle présentait actuellement des symptômes tels que changement d'humeur, trouble du sommeil et épuisement général, à un degré de gravité intense.

Les limitations objectives rencontrées dans la profession étaient des douleurs diffuses dans tout le corps et des douleurs articulaires, pour lesquelles un contrôle rhumatologique était en cours.

Son incapacité de travail était totale et aucune reprise n'était envisageable pour le moment. L'assurée était dans l'attente des résultats d'un test de bipolarité et il convenait de mettre en place une médication adaptée.

13. À la demande de la Dresse G_____, l'assurée a consulté l'unité des troubles de l'humeur du département de santé mentale et psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) les 1^{er} et 6 février, 9 et 14 mars 2018.

Dans leur rapport établi le 15 mars 2018, le Professeur I_____, médecin-chef de service et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, la doctoresse J_____, médecin adjointe spécialisée en psychiatrie, et le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel d'intensité légère.

Revenant sur les antécédents psychiatriques personnels de l'assurée, ils relevaient qu'elle n'avait bénéficié d'aucun suivi spécifique durant l'enfance ou l'adolescence, décrites comme difficiles. En 1999, elle avait consulté un psychologue pour la première fois dans le contexte d'un viol. Elle évoquait sa colère et le sentiment d'injustice devant la légèreté avec laquelle le coupable avait été jugé. Elle avait l'impression d'avoir été culpabilisée par rapport à ce qui lui était arrivé. Dans sa vie professionnelle, elle avait décrit plusieurs conflits avec des collègues. Elle avait à plusieurs reprises reçu des traitements antidépresseurs. Les médecins des HUG constataient que dans la plupart des épisodes relatés par l'assurée, des difficultés interpersonnelles étaient à l'origine de la problématique. Les symptômes comprenaient surtout une grande irritabilité, de la colère et des difficultés à gérer les émotions. De façon générale, elle se montrait très critique vis-à-vis de la société. D'après ses dires, elle ne retrouvait sa sérénité qu'à son domicile, où sa tolérance envers autrui n'était pas mise à l'épreuve. Il n'y avait pas d'éléments pour une phobie sociale. Elle rapportait par ailleurs des moments de dissociation avec présence parfois de symptômes psychotiques. Il s'agissait de situations très ponctuelles, la dernière remontant à décembre 2017.

Au niveau du status psychiatrique, une labilité émotionnelle était présente durant tous les entretiens. Aucune difficulté attentionnelle ou de concentration n'était notée. Il n'y avait pas d'anhédonie ou d'aboulie, ni d'idées suicidaires. Le sommeil et l'appétit étaient préservés. Ils ne constataient pas d'élément de la lignée psychotique.

Les examens complémentaires mettaient en évidence un dépistage négatif pour le trouble bipolaire. S'agissant du trouble de la personnalité borderline, il y avait six critères positifs sur un maximum de neuf, étant précisé qu'il convenait d'investiguer la présence d'un tel trouble à compter de quatre critères positifs.

Le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent reposait amplement sur l'anamnèse de la prise en charge rapportée par la patiente plutôt que par les symptômes, qui étaient difficilement précisés. Le diagnostic différentiel était celui de trouble de l'adaptation au vu du déroulement de ces différents épisodes. La principale difficulté à laquelle l'assurée était confrontée était celle de la gestion des émotions qui se révélait problématique. Elle reconnaissait son irritabilité avec des réactions parfois inappropriées, mais se remettait peu en question. Elle présentait des difficultés notables dans la prise de recul, ce qui pouvait expliquer le score élevé à l'échelle de dépistage du trouble de la personnalité borderline. La problématique était sous-tendue par un fonctionnement intellectuel global dans la catégorie limite à moyenne faible (quotient intellectuel total de 76). Elle présentait par ailleurs d'excellentes capacités d'endurance et de motivation, des difficultés exécutives et une attention globalement dans les normes.

S'agissant de la prise en charge sur le plan pharmacologique, la poursuite d'un antidépresseur pouvait se justifier pour éviter une rechute dépressive au vu du diagnostic de trouble dépressif récurrent. La priorité restait cependant la prise en

charge psychothérapeutique. L'assurée exprimait une grande satisfaction vis-à-vis de sa psychothérapie actuelle qui favorisait une meilleure gestion des émotions, et qu'il convenait donc de poursuivre.

14. Le 22 mars 2018, l'assurée a déposé, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son dernier employeur, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), dans laquelle elle a indiqué, s'agissant de ses atteintes à la santé, souffrir d'angoisses, de crises de panique, de débordement émotionnel, de troubles du sommeil, de ruminations mentales et de repli social, ce de manière plus importante depuis la seconde moitié de 2017.

La dernière activité exercée était celle d'aide-cuisinière, à un taux de 80 %.

15. Dans un document intitulé « questionnaire pour l'employeur », daté du 6 avril 2018, E_____ SA a indiqué que l'assurée effectuait vingt-et-une heures par semaine, étant précisé que l'horaire de travail normal dans l'entreprise était de quarante-deux heures.
16. Selon une note au dossier de l'OAI du 11 avril 2018, l'assurée, âgée de 43 ans, était mariée et sans enfants. Elle occupait un poste d'aide de cuisine à un taux de 50 %, et les 50 % restants étaient consacrés à la sphère ménagère. L'OAI retenait donc un statut mixte.
17. Dans un rapport du 18 mai 2018, la Dresse H_____ a retenu que la capacité de travail exigible de l'assurée était de 80 % dans son activité habituelle, et a estimé la date de début de l'aptitude à la réadaptation au 1^{er} juin 2018. Elle réitérait son diagnostic d'épisode dépressif.

Dans une activité qui tenait compte de son atteinte à la santé, on pouvait raisonnablement attendre un total de six à huit heures de travail par jour. Le pronostic sur son potentiel de réadaptation était bon, étant précisé que les troubles de la mémoire dans un contexte anxieux pouvaient faire obstacle à une réadaptation. L'assurée n'était pas limitée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères.

18. Le 5 juin 2018, la Dresse G_____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, de trouble anxieux généralisé, de trouble de l'adaptation et de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif. Ces atteintes avaient toutes un impact sur sa capacité de travail, qui était actuellement de 0 %, voire peut-être de 50 % dans un cadre protégé.

Elle observait actuellement une baisse de la modulation de l'affect avec un côté découragé. La thymie était triste sans idées noires. Il n'y avait pas de systèmes psychotiques identifiés.

Elle présentait une fatigue après une activité qui ne lui permettait pas de poursuivre sa journée normalement, et des douleurs diffuses dans tout le corps. Elle éprouvait des difficultés de concentration, ne conduisait plus sa voiture depuis un an et avait

peur de sortir de chez elle, n'avait pas de réseau social et de la difficulté à communiquer.

Elle avait de la motivation pour être en activité et intégrée. Hormis une période de chômage de deux ans, elle avait toujours été en activité. Elle était ouverte à une activité dans un cadre protégé.

Au niveau des limitations fonctionnelles incapacitantes, la Dresse G_____ retenait un QI de 76 avec des difficultés exécutives. L'assurée pouvait bien fonctionner à condition que le cadre soit adapté à ses limitations incapacitantes.

L'évolution depuis la prise en charge était bonne, mais l'anxiété et la dépression persistaient car l'assurée se sentait diminuée alors qu'elle souhaitait être active.

19. Le 6 juin 2018, l'assurée a été reçue par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise psychiatrique demandée par l'assurance perte de gain de son dernier employeur.

L'expertise avait pour but d'effectuer un examen clinique psychiatrique visant à préciser le diagnostic actuel, les limitations fonctionnelles psychiatriques et la capacité de travail exigible dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

La Dresse L_____ avait observé des divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'expertisée en situation d'examen, car elle ne présentait pas de fatigue, d'augmentation de la fatigabilité, ou de troubles cognitifs.

Actuellement, elle ne présentait pas d'humeur dépressive. Elle avait une vie de couple stable, assumait les activités de la vie quotidienne sans difficulté particulière, mais sa vie sociale était encore pauvre, car elle n'avait pas envie que ses amis et connaissances la voient dans cet état.

L'expertisée était motivée mais n'avait actuellement aucun projet professionnel.

La Dresse L_____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, qui était caractérisé par la survenue d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Le trouble dépressif récurrent en rémission ne justifiait plus une diminution de la capacité de travail.

Elle avait objectivé une structure, un fonctionnement de la personnalité borderline, ce qui ne voulait pas dire un trouble de la personnalité. En l'absence de tests psychologiques de personnalité, elle n'avait pas assez d'informations anamnestiques et cliniques en faveur d'un diagnostic de trouble de la personnalité morbide.

En l'absence d'un sentiment de détresse, qui faisait partie du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, elle n'avait pas retenu ce diagnostic, caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante s'accompagnant

d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux. L'expertisée présentait des douleurs aux genoux, sans amplification, sans comportement algique ni sentiment de détresse, sans répercussion sur sa vie de famille et sans qu'elle soit empêchée d'assumer ses responsabilités professionnelles.

Sous prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement médicamenteux antidépresseur et hypnotique, l'état de l'expertisée s'améliorait progressivement, et était à ce jour stabilisé.

Par conséquent, aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail n'était retenu. Le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4), n'avait pas d'incidence sur ce point.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était de 100 % de son taux habituel de 80 % dans toute activité simple et répétitive, dès le 24 mai 2018.

Le pronostic à moyen et long terme était favorable.

Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

L'expertisée devait pouvoir bénéficier du programme de réinsertion professionnelle dans le cadre de l'AI.

20. Le 18 juin 2018, la Dresse G_____ et Mme F_____ ont réagi au rapport d'expertise du 6 juin 2018, et argumenté en faveur d'une poursuite de l'incapacité de travail du fait de la présence de systèmes anxieux et dépressifs intenses et d'un cadre de vie peu soutenant. Pour ces raisons, le fonctionnement de l'assurée restait très handicapant.

Elle montrait de multiples confusions et des troubles attentionnels (erreurs dans les dates, les horaires, perte de mémoire avec oubli de lieux ou de mots). Une évaluation à la consultation de la mémoire des HUG était prévue dans un mois.

Il existait des troubles du sommeil (insomnie, rythme renversé, endormissement tardif), qui pouvaient s'améliorer lorsque la patiente se sentait en sécurité, ce qui n'était actuellement pas le cas.

Ces troubles provoquaient une grande fatigue, voire un épuisement certains jours, qui pouvait être lié à son état psychique fortement angoissé : elle ne savait pas ce qui lui arrivait dans la perte de maîtrise de son corps (douleurs) et de son psychisme (fortes angoisses avec dépressivité variable et troubles attentionnels et de la mémoire).

Comme le préconisait également l'experte mandatée par l'assurance, l'assurée avait besoin d'un accompagnement et d'une réadaptation professionnelle avec l'aide de l'AI, car elle devait reprendre confiance dans un futur lieu de travail et se réhabituer à des horaires fixes, et ceci dans un travail adapté à ses atteintes somatiques et ses

limitations psychiques actuelles. En l'absence d'un cadre adapté, son fonctionnement resterait pathologique et handicapant.

21. La doctoresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a examiné l'assurée le 27 juin 2018.

L'assurée se plaignait de gonalgies bilatérales, d'horaires mécaniques (survenant essentiellement lors de la marche dans les escaliers, la descente du bus ou lors de l'accroupissement), d'une sensation de fatigue des membres supérieurs lorsqu'elle se douchait et de douleurs dans les chevilles, sans signes inflammatoires locaux.

Des radiographies des genoux effectuées le 8 décembre 2017 mettaient en évidence de discrets troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes débutants.

Sur le plan biologique, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire.

En raison de cette anamnèse de faiblesse musculaire des membres supérieurs, non retrouvée cliniquement, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche avait été effectuée. Celle-ci ne mettait en évidence aucune atteinte de la musculature de l'épaule. Il existait par contre des éléments en faveur d'une tendinopathie des tendons sus-épineux et sous-épineux.

À ce stade, elle n'avait pas assez d'éléments pour retenir le diagnostic d'une maladie auto-immune.

22. Le 13 août 2018, la Dre M_____ a adressé un rapport à l'OAI, à la demande de ce dernier.

L'assurée présentait des douleurs articulaires multiples depuis trois ans.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale, prédominant à gauche, des gonalgies bilatérales sur syndrome rotulien et gonarthrose débutante, une élévation des CK avec FAN fortement positif à 2'560, et une carence importante en vitamine D.

Les restrictions fonctionnelles découlant des atteintes rhumatologiques ayant un impact sur la capacité de travail étaient : les ports de charge de plus de 5 à 10 kg, les mouvements répétitifs des membres supérieurs, la marche en terrain instable, l'accroupissement et le travail sur les genoux.

La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'aide de cuisine était de 0 %.

Dans une activité adaptée, elle était de 50 %, étant précisé qu'il convenait de réévaluer la situation à l'automne.

23. Le 13 juillet 2018, l'assurée a été examinée par le Professeur N_____, directeur du centre de la mémoire des HUG, et Monsieur O_____, neuropsychologue.

Dans un rapport du 5 septembre 2018, ces derniers ont retenu que l'examen neuropsychologique mettait en évidence un déficit cognitif d'intensité légère,

caractérisé par un trouble attentionnel et exécutif pouvant affecter les rendements mnésiques et la réalisation de tâches plus complexes, et entraîner des erreurs dans les tâches et des difficultés de flexibilité mentale et d'inhibition. La mémoire épisodique verbale était en revanche globalement préservée.

Les difficultés cognitives objectivées étaient de nature et d'intensité à potentiellement limiter les capacités fonctionnelles de l'assurée au quotidien ainsi que pour les sollicitations professionnelles, voire à fortement limiter ses capacités lors de tâches requérant un niveau d'exigence élevé.

Il convenait de noter la présence de facteurs thymiques prépondérants influençant potentiellement les rendements cognitifs. Les résultats de l'examen fournissaient une description centrée sur la performance cognitive, l'examen ne discutant pas d'éventuels signes au niveau du comportement ou de la personnalité.

24. Le service médical régional (ci-après : SMR) de l'AI a rendu son rapport le 29 novembre 2018.

La principale atteinte à la santé était une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale, des gonalgies bilatérales, une gonarthrose débutante, et un trouble dépressif récurrent, en rémission.

Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles retenues étaient celles contenues dans le rapport de la Dresse M_____ du 13 août 2018, ce rapport étant, d'après le SMR, clair et étayé.

La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 0 %. Dans une activité adaptée, elle était de 50 %.

Sur le plan psychiatrique, le bilan effectué à l'unité des troubles de l'humeur excluait le trouble bipolaire et retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel d'intensité légère. Il mettait également en évidence un QI total de 76. Selon le Dr P_____, médecin traitant, l'assurée présentait un épisode dépressif, et en raison du trouble de la mémoire, elle était en incapacité de travail totale depuis le 28 septembre 2017. La Dresse G_____ retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, un trouble anxieux généralisé, un trouble de l'adaptation, une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif. Enfin, l'expertise effectuée pour l'assurance perte de gain de son ancien employeur ne retenait pas de diagnostic avec une incidence sur la capacité de travail, mais un trouble dépressif récurrent, en rémission, et aucune limitation fonctionnelle. Selon cette expertise, la capacité de travail était à nouveau entière depuis le 24 mai 2018.

Selon le SMR, l'examen de l'expertise psychiatrique était cohérent, les différentes pièces du dossier étant discutées et la synthèse étant claire. Le SMR en suivait donc les conclusions.

25. Une enquête ménagère a été réalisée le 22 janvier 2019 au domicile de l'assurée et en présence de son époux.

À teneur du rapport d'enquête, l'assurée avait indiqué qu'elle exercerait, sans atteinte à la santé, une activité à 80 % ou 100 %. Elle avait toujours recherché une activité à ce taux mais n'avait pas toujours eu la possibilité de le faire. Elle avait parfois accepté des emplois à un taux inférieur car elle ne trouvait rien d'autre.

Les revenus de son époux, employé à 100 % dans l'édition, s'élevaient à CHF 6'000.- par mois. Le loyer du couple s'élevait à CHF 2'800.- par mois et l'assurance-maladie à CHF 950.-.

Avant son atteinte à la santé, l'assurée était capable de planifier et cuisiner les repas, de planifier les tâches d'entretien du logement, de faire les courses et les achats, et de gérer l'entretien du linge pour elle-même et son époux.

Depuis son atteinte, elle préparait toujours les repas et pouvait débarrasser la table, effectuer les rangements et nettoyer les surfaces. Elle pouvait également effectuer l'entretien du linge. Par contre, elle peinait à passer l'aspirateur, avait besoin d'aide pour changer les draps du lit, pour nettoyer les vitres et la salle de bain. Par ailleurs, elle ne faisait plus de grandes courses, effectuant plutôt de petites courses durant la semaine en se servant d'un caddie.

En raison de ces limitations, l'infirmière a retenu un taux d'empêchement pondéré sans exigibilité de 7 % et, avec exigibilité, de 0 %, se décomposant comme suit :

- Conduite du ménage (pondération à 40 %) :
 - o Empêchement : 0 %
 - o Exigibilité : 0 %
 - Empêchement pondéré : 0 %
 - Empêchement pondéré avec exigibilité : 0 %
- Entretien du logement (pondération à 30 %) :
 - o Empêchement : 20 %
 - o Exigibilité : 20 %
 - Empêchement pondéré : 6 %
 - Empêchement pondéré avec exigibilité : 0 %
- Achats et courses diverses (pondération à 10 %) :
 - o Empêchement : 10 %
 - o Exigibilité : 10 %
 - Empêchement pondéré : 1 %
 - Empêchement pondéré avec exigibilité : 0 %
- Lessive et entretien des vêtements (pondération à 20 %) :
 - o Empêchement : 0 %

- Exigibilité : 0 %
- Empêchement pondéré : 0 %
- Empêchement pondéré avec exigibilité : 0 %

L'infirmière a relevé une particularité : dans le formulaire de demande de rente, l'assurée avait annoncé être employée à 80 %. Or, dans le formulaire rempli par son dernier employeur, celui-ci avait annoncé une activité de 50 % (soit vingt-et-une heures par semaine). L'assurée avait remis ce jour une attestation de E_____ SA, datée du 11 septembre 2017, indiquant qu'elle était engagée pour une activité à 80 % du 2 septembre 2017 au 28 février 2018.

26. Dans une note du 15 février 2019 sur la soumission du dossier en réadaptation, l'OAI a estimé que des mesures d'orientation professionnelles n'étaient pas indiquées. Un degré d'invalidité de 27 % pouvait être retenu.

Les gains réalisés au moment de l'arrêt de travail étaient proches des revenus déterminés par l'enquête suisse sur la structure des salaires, ligne total, niveau 1 pour une femme. Par conséquent, compte tenu de la capacité de travail de l'assurée, de ses limitations fonctionnelles, de son parcours professionnel et des gains réalisés, il apparaissait que des mesures n'étaient pas de nature à réduire le dommage, qu'elles n'étaient pas simples et adéquates.

Par ailleurs, vu le large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier –, l'on devait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

Il convenait donc de procéder à une évaluation de la perte de gain sur la base d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, prenant en compte le statut mixte à 50 %.

Compte tenu du fait que les personnes travaillant à temps partiel gagnaient en général moins et du fait que seule une activité légère était envisageable, un abattement de 10 % pouvait être retenu.

27. Dans une note du 23 janvier 2019, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité à 27 %.

Le revenu annuel brut sans invalidité était de CHF 27'221.- et le revenu exigible avec invalidité était de CHF 24'652.-. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %, et l'empêchement dans le ménage était de 0 %. La perte de gain dans la sphère professionnelle était de 54,72 %. Le degré d'invalidité total était ainsi, selon le nouveau calcul, de 27 %.

28. Dans un projet de décision du 19 février 2019, l'OAI a indiqué qu'il rejetait la demande de l'assurée.

29. Par décision du 1^{er} avril 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles.

Le statut d'assurée retenu en l'espèce était celui d'une personne se consacrant à 50 % à son activité professionnelle et, pour les 50 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

L'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, dès le 28 septembre 2017, et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 24 mai 2018.

Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas de nature à réduire le dommage de manière notable, dans la mesure où elles ne permettraient pas d'augmenter la capacité de gain.

Selon la comparaison des gains, l'invalidité dans la sphère professionnelle se calculait ainsi :

- sans invalidité : CHF 54'442.-
- avec invalidité : CHF 24'652.-

La perte de gain s'élevait à CHF 29'790.-, soit 54,72 %.

S'agissant de ses empêchements dans la sphère des travaux habituels, il ressortait de l'enquête ménagère qu'elle n'en présentait aucun.

Le degré d'invalidité, qui tenait compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels, s'élevait au total à 27 %, ce qui n'ouvrait pas de droit à une rente.

30. Par acte du 2 mai 2019, l'assurée (ci-après : la recourante) a formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans), concluant à son annulation et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

Il était nécessaire pour elle d'être accompagnée en emploi protégé, afin de l'aider petit à petit à retrouver un emploi en milieu ordinaire.

Elle joignait à son recours deux nouvelles pièces médicales.

a. Dans un rapport du 29 avril 2019, la Dresse G_____ et Mme F_____ ont relevé que la recourante souffrait d'un trouble du sommeil. Selon un récent contrôle au laboratoire du sommeil des HUG, il s'agissait d'une apnée du sommeil.

Ce trouble pouvait s'améliorer lorsque la recourante se trouvait en sécurité, ce qui n'était actuellement pas le cas. Une prise en charge médicale de l'apnée allait être mise en place.

L'état psychique de la recourante, couplé à l'apnée du sommeil, provoquait une grande fatigue, voire un épuisement. Elle restait fortement angoissée et déprimée.

Elle avait besoin d'un accompagnement dans un cadre bienveillant. En effet, elle présentait toujours des séquelles traumatiques avec un fonctionnement altéré qui avaient nécessité une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique soutenue. Elle allait intégrer, d'ici la mi-mai 2019, un poste de travail adapté à

50 % en blanchisserie au sein de l'association Trajet, ce qui montrait sa bonne volonté de se réinsérer professionnellement. Afin que cette mesure puisse aboutir à un succès, la recourante avait besoin de mesures de réadaptation professionnelle. La Dresse G_____ et Mme F_____ priaient dès lors l'OAI (ci-après : l'intimé) de revoir sa décision.

b. Dans un rapport du 28 mars 2019, le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique au centre du sommeil des HUG, a retenu que la recourante présentait une insomnie probablement multifactorielle (dépression, PLM, syndrome d'apnée du sommeil). Une polysomnographie effectuée le 11 mars 2019 avait permis de poser le diagnostic de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen et la présence de mouvements périodiques des membres inférieurs, au-dessus du seuil clinique.

31. Dans sa réponse du 23 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

La recourante ne contestait pas formellement l'appréciation médicale faite par l'intimé (soit une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée), ni le refus de rente. Elle ne concluait qu'à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

L'intimé reprenait les conclusions du service de réadaptation professionnelle sur l'absence de pertinence de telles mesures.

Le nouveau rapport de la Dresse G_____ ne contenait aucune conclusion nouvelle, mais insistait sur l'octroi de mesures professionnelles, ce qui était de la compétence du conseiller en réadaptation, et non du médecin.

Quant au rapport du laboratoire du sommeil, le type d'atteinte qu'il mettait en évidence ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante, n'entraînant pas de perte de gain de manière durable. En tout état de cause, il s'agissait d'une atteinte objectivée postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'elle sortait de l'objet du litige.

32. Le 17 juin 2019, la Dresse G_____ et Mme F_____ ont établi un nouveau rapport adressé directement à la chambre de céans, concluant à l'octroi d'une rente complète pour leur patiente.

Elles avaient observé une fragilité psychique constante. La recourante avait encore récemment dû être hospitalisée aux urgences à la suite de la disparition de son mari, qui projetait un suicide. Elle avait été dans un état de stress intense évoquant à nouveau un état de stress post-traumatique. Dans ce contexte, et depuis le mois de septembre 2017 au moins, les troubles de l'attention et de la concentration s'aggravaient.

Le test DIVA 2.0 avait été passé le 14 juin 2019 et il s'avérait positif pour le trouble du déficit de l'attention (F90). Ce diagnostic s'ajoutait aux précédents, à savoir : trouble de la personnalité borderline, trouble anxieux, trouble du sommeil. Le trouble dépressif était en légère amélioration grâce à la psychothérapie soutenue.

La recourante était vite déstabilisée et avait peu de ressources pour guérir le stress. Son discours était grossièrement cohérent, mais elle avait besoin d'encadrement permanent pour ne pas perdre le fil rouge. Les médecins avaient observé une majoration des symptômes anxieux depuis l'hospitalisation de son mari avec une altération nette de son fonctionnement. Malgré les trois séances hebdomadaires de psychothérapie, elle était souvent en crise et ne pouvait pas effectuer un travail lucratif.

Depuis le mois de mai 2019, elle avait accepté de reprendre une activité en blanchisserie à mi-temps, dans la fondation Trajets, et elle était très satisfaite de son travail. Le cadre lui servait de contenant pour ses angoisses et était très valorisant. Elles joignaient le bilan d'encadrement effectué par Madame R_____, coordinatrice psychosociale à la fondation Trajets, qui plaidait en faveur d'une rente entière.

Selon Mme R_____, l'accompagnement psychosocial offert à la recourante correspondait pleinement à ses besoins. Elle présentait certes une capacité à exécuter des tâches simples et répétitives, mais sa fragilité psychique et émotionnelle nécessitait une considération importante afin de maintenir un équilibre dans l'exercice de sa fonction. L'accompagnement psychosocial permettait donc à la recourante de s'épanouir dans son travail en tenant compte de son rythme, sa résistance et son état de santé, qui se devait d'être consolidé de manière soutenue par une présence rassurante et valorisante.

La recourante correspondait parfaitement aux personnes accompagnées au sein de la fondation, et il était évident qu'elle avait besoin de pouvoir se construire au sein d'une entreprise sociale. Elle n'était pas disposée à se retrouver dans le monde ordinaire pour lequel elle ne pourrait pas répondre aux attentes, de par sa mauvaise gestion du stress, ses difficultés relationnelles lorsqu'elle ne se trouvait pas en confiance, et sa fragilité psychique qui nécessitait un soutien thérapeutique important.

33. L'intimé a dupliqué le 15 juillet 2019, persistant dans ses conclusions.

Il joignait un nouveau rapport du SMR, auquel avait été soumis le rapport de la Dresse G_____.

S'agissant de l'attestation de la fondation Trajets, outre qu'elle avait été établie en cours d'une procédure judiciaire, elle ne contenait aucune donnée médicale. Or, les « difficultés » qui y étaient relatées ne remplaçaient en aucun cas les limitations fonctionnelles retenues par l'expert.

Selon le SMR, la Dresse G_____ retenait un trouble dépressif récurrent, un trouble anxieux généralisé, un trouble de la personnalité borderline et un trouble de l'adaptation. Or, on ne pouvait retenir un diagnostic de trouble dépressif et de trouble de l'adaptation en même temps. Par ailleurs, l'experte n'avait pas mis en évidence de symptômes anxieux et ne retenait pas un trouble anxieux généralisé. Si elle avait retenu des traits de personnalité borderline, elle avait exclu le trouble de

la personnalité dans la mesure où la recourante avait une relation de couple stable depuis de nombreuses années.

S'agissant de l'état de stress post-traumatique, il pouvait être écarté, l'experte n'ayant pas retrouvé de flash-back, de cauchemars répétitifs anamnestiques, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie ou d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller l'existence d'un traumatisme. Par ailleurs, le fait que son mari disparaisse avec un projet de suicide ne représentait pas un événement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.

Si la Dresse G_____ évoquait un trouble du déficit de l'attention, l'experte avait retenu que les troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention n'étaient pas objectivés.

En conclusion, la Dresse G_____ argumentait en faveur d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, alors qu'aucun des diagnostics mentionnés n'avait une base objectivement démontrable. Par conséquent, la Dresse G_____ n'apportait aucun élément objectif d'aggravation permettant au SMR de modifier ses conclusions précédentes.

34. 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

-
4. a. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.
- b. Dans sa réponse au recours, l'intimé relève que la recourante n'a pas contesté l'appréciation médicale faite par l'intimé, ni le refus de rente, ne concluant qu'à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.
- c. Aux termes de l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder à ce dernier plus qu'il n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours.
- d. En l'espèce, même si la recourante, non représentée par un avocat, n'a pas formellement conclu à l'octroi d'une rente dans son recours, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise. La chambre de céans, qui n'est pas liée par les conclusions des parties et doit apprécier la légalité des décisions attaquées, se doit donc d'examiner si l'intimé était légitimé à lui refuser le droit à une rente d'invalidité, de même que la valeur probante de l'appréciation médicale retenue par l'intimé.
5. 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).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
- 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).
7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore

que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

9. Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

10. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3087 et ss. de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (office fédéral des assurances sociales, CIIAI, état au 1^{er} janvier 2018). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

b. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille.

11. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

12. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

b. 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 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

-
14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
15. 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. 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 les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
16. En l'espèce, l'intimé a retenu comme diagnostics principaux ayant un effet sur la capacité de travail la tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale, des gonalgies bilatérales, une gonarthrose débutante et un trouble dépressif récurrent, en rémission. Il a reconnu à la recourante une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 24 mai 2018.

Sur le plan rhumatologique, le SMR a repris les diagnostics établis par la Dresse M_____, qui a estimé la capacité de travail de la recourante comme nulle dans l'activité d'aide de cuisine, et de 50 % dans une activité adaptée. Les conclusions de la Dresse M_____ du point de vue rhumatologique n'étant pas contestées par la recourante ou par d'autres médecins, il convient effectivement de s'y référer.

Sur le plan psychiatrique, le SMR s'est fondé sur le rapport établi par la Dresse L_____, estimant qu'il était cohérent, qu'il discutait les différentes pièces du dossier et qu'il contenait une synthèse claire.

La Dresse L_____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission, qui n'avait selon elle aucune incidence sur la capacité de travail. Celle-ci était donc, du point de vue psychiatrique, de 100 % de son taux habituel de 80 % dans toute activité simple et répétitive, dès le 24 mai 2018. Elle a rejeté les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'anxiété généralisée ou de troubles cognitifs. Elle s'est questionnée sur la présence d'un fonctionnement de personnalité borderline, mais n'a pas pu se prononcer en l'absence de tests psychologiques de personnalité.

De son côté, la Dresse G_____, psychiatre traitante de la recourante, et Mme F_____ ont retenu, outre le trouble dépressif de la recourante, des troubles anxieux, attentionnels et du sommeil. Par ailleurs, le Prof. N_____ et M. O_____, qui ont examiné la recourante postérieurement à la Dresse L_____, ont relevé que l'examen neuropsychologique mettait en évidence un déficit cognitif d'intensité légère, caractérisé par un trouble attentionnel et exécutif, et que ces difficultés cognitives étaient de nature et d'intensité à potentiellement limiter les capacités fonctionnelles de la recourante au quotidien ainsi que pour les sollicitations professionnelles, voire à fortement limiter ses capacités lors de tâches requérant un niveau d'exigence élevé.

Dans son second rapport établi en cours de procédure, le SMR a relevé que selon la Dresse L_____, les troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention n'étaient pas objectivés. Cette appréciation est toutefois contredite par celle du Prof. N_____ et de M. O_____, qui ont, sur la base d'un examen neuropsychologique, mis en évidence un trouble attentionnel et exécutif.

Par ailleurs, dans un rapport postérieur à la date de la décision querellée, le Dr Q_____ a retenu que la recourante présentait une insomnie multifactorielle et un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil.

Dans leur dernier rapport, la Dresse G_____ et Mme F_____ ont indiqué qu'un test passé au moins de juin 2019 s'était révélé positif pour le trouble du déficit de l'attention.

Il sied de relever que même si ces deux derniers rapports ont été établis postérieurement à la décision litigieuse, ils doivent être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où la décision a été rendue.

Dans ces circonstances, l'on ne saurait suivre l'avis du SMR, qui se contente de se fonder entièrement sur l'avis de la Dresse L_____ sans prendre en considération les avis divergents d'autres spécialistes ayant examiné la recourante, et qui remettent en cause les conclusions de l'experte mandatée par l'assurance perte de gain de son dernier employeur.

La chambre de céans constate enfin qu'aucune appréciation globale de la situation, tenant compte des effets réciproques des différentes atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail, n'a été effectuée.

Au vu de ce qui précède, la décision contestée repose sur une instruction insuffisante pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

17. L'instruction étant lacunaire, l'étendue concrète de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ne peut pas être déterminée sans recourir à une expertise médicale. Au vu des différentes affections dont souffre la recourante, seule une expertise pluridisciplinaire complète et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2) permettra de déterminer clairement l'éventuelle capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée.
18. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 1^{er} avril 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique indépendante, conformément à l'art. 44 LPGA, permettant d'apprécier l'incidence des différents diagnostics retenus par les médecins (à savoir la tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale, les gonalgies bilatérales, la gonarthrose débutante, le trouble dépressif récurrent, les troubles attentionnels, anxieux et du sommeil) sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Il conviendra en particulier que les experts, en motivant dûment leur appréciation, se prononcent sur les diagnostics et limitations fonctionnelles dont souffre la recourante, qu'ils déterminent quel rôle joue chacun d'entre eux sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et à quel taux celle-ci pourrait être évaluée.

19. a. Se pose ensuite la question de savoir quel statut il convient d'accorder à la recourante. En effet, même si celle-ci n'a pas contesté dans son recours le statut mixte à 50 % retenu par l'intimé, le litige porte, comme précédemment mentionné, sur la légalité de la décision de l'intimé de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Dans la mesure où le taux retenu peut avoir une influence sur la rente, il convient d'examiner cette question.
- b. En l'espèce, l'intimé a retenu un statut mixte, à raison de 50 % pour l'activité lucrative et de 50 % pour les tâches ménagères.

La qualification du statut mixte ne peut être que confirmée, la recourante ayant dans le passé principalement exercé des activités lucratives à temps partiel. Il y a en revanche lieu d'examiner la question de la répartition des taux.

L'intimé a retenu un statut mixte à 50 % en se fondant sur le pourcentage auquel il avait estimé que la recourante travaillait dans son dernier emploi.

Or, l'exact pourcentage auquel la recourante travaillait lors de son dernier emploi ne ressort pas clairement du dossier. Dans le questionnaire pour l'employeur adressé à l'intimé le 6 avril 2017, E_____ SA avait indiqué que la recourante travaillait à hauteur de vingt-et-une heures par semaine, soit l'équivalent d'un 50 %. Pourtant, à teneur de l'attestation établie le 11 septembre 2017 par ce même employeur, elle travaillait à 80 %. C'est également ce taux que la recourante avait annoncé lors de sa demande de prestations du 22 mars 2018.

En tout état de cause, l'intimé ne pouvait se fonder sur la dernière activité exercée par la recourante, qui n'a duré que quelques semaines, pour fixer un statut mixte à 50 %. En effet, lors de l'enquête économique sur le ménage, la recourante a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à 80 % ou à 100 %. Elle avait toujours recherché une activité à ce taux mais n'avait pas toujours eu la possibilité de le faire, et si elle avait parfois accepté des emplois à un taux inférieur, c'était par défaut.

À teneur de son parcours professionnel tel que relaté dans l'enquête ménagère, la recourante a exercé divers emplois à 80 % et à 50 % depuis son arrivée en Suisse. Durant ses périodes de chômage, elle a recherché des postes à 100 %.

Il ressort enfin du dossier que la recourante n'a pas d'enfants à charge, et que son conjoint perçoit un salaire de CHF 6'000.- par mois pour un travail à 100 % dans l'édition, soit un revenu relativement modeste.

Il n'apparaît ainsi pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que sans atteinte à la santé, elle n'aurait travaillé qu'à 50 %. De même, dans la mesure où il ressort de son parcours qu'elle n'a jamais été employée à 100 %, ne saurait-on retenir ce taux. Au vu de sa situation personnelle et familiale et des revenus de son époux, il convient de considérer qu'elle aurait effectivement travaillé à 80 % si elle était valide.

Par conséquent, c'est un statut mixte avec la répartition 80 % / 20 % qui doit être reconnu à la recourante.

20. Il sied enfin d'examiner la conclusion de la recourante visant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, afin de l'aider à retrouver un emploi en milieu ordinaire.

a. 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. 1^{bis} 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, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui 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).

b. En l'espèce, l'intimé a refusé des mesures d'ordre professionnel à la recourante, au motif qu'elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage de manière notable, ne permettant pas d'augmenter sa capacité de gain.

Or, les mesures de réadaptation n'ont pas pour unique but d'améliorer la capacité de gain d'assurés invalides ou menacés d'invalidité, mais également de rétablir ou maintenir leur capacité de gain (art. 8 al. 1 let. a LAI).

Par conséquent, dans le cadre de l'instruction complémentaire que devra effectuer l'intimé, il conviendra également d'examiner cas échéant le droit à des mesures d'ordre professionnel.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

La décision entreprise sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants qui précèdent, et nouvelle décision.

22. Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, aucune indemnité ne sera octroyée à la recourante, qui n'est pas représentée par un avocat (art. 61 let. g LPGa; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] ; art. 89 H LPA).
23. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 1^{er} avril 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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