

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1868/2018

ATAS/1018/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} novembre 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pietro RIGAMONTI

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1962, originaire des Philippines, veuve et mère de sept enfants adultes dont six vivent aux Philippines, l'aîné étant décédé en 2016, est entrée en Suisse le 21 août 2009. Jusqu'en novembre 2014, elle a travaillé en tant qu'employée de maison. A cette date, elle a été licenciée en raison du départ de l'employeur à l'étranger. Par la suite, elle a été au chômage.
2. Depuis janvier 2015, une incapacité de travail totale est attestée en raison d'un asthme bronchique.
3. Du 12 au 22 janvier 2015, l'assurée a été hospitalisée au service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en raison d'une dyspnée. Le diagnostic principal était une crise d'asthme sévère sans facteur déclenchant. L'évolution était bonne sous cortico-thérapie et aérosols.
4. Le 30 janvier 2015, l'assurée a fait l'objet d'une fermeture de malformation artérioveineuse aux HUG.
5. Selon le rapport du 18 février 2015 des doctresses B_____ et C_____ de l'unité d'immunologie clinique des HUG, l'assurée présentait une maladie de Rendu-Osler peu probable, une malformation artérioveineuse pulmonaire, un asthme depuis 2012, des migraines avec aura ophtalmique et un surpoids. L'assurée se plaignait toujours d'une dyspnée, surtout à l'effort, avec des occasionnelles crises d'asthme. Toutefois, l'état était stable par rapport à la symptomatologie qui avait précédé la fermeture de la malformation artérioveineuse. Elle était par ailleurs connue de longue date pour des migraines avec aura ophtalmique soulagée par des mesures d'hygiène de vie et du Dafalgan.
6. Le 3 septembre 2015, la doctresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a adressé l'assurée au Dr E_____ pour une mise sous Xolair. Elle lui a indiqué que l'assurée était actuellement sans emploi et incapable de travailler en raison de son asthme. Elle était également connue pour une obésité et une hypertension artérielle depuis 2012, un reflux non investigué et un état dépressif. La Dresse D_____ la connaissait depuis octobre 2012 à la suite d'un asthme éosinophilique décompensé, associé à une rhino-sinusite chronique, évoluant favorablement sous traitement antibiotique. Après sa décompensation asthmatique en janvier 2015, elle présentait une nouvelle aggravation de l'asthme depuis mai 2015. Depuis fin juin, elle était sous traitement de cortisone à haute dose, traitement qui occasionnait de nombreux effets secondaires sous forme de prise de poids, d'aggravation de son hypertension artérielle et d'intolérance aux hydrates de carbone.
7. Le 23 avril 2016, la doctresse F_____ du service d'angiologie et d'hémostase des HUG a communiqué à la Dresse G_____ que le diagnostic de la maladie de Rendu-Osler ne pouvait être retenu actuellement.
8. En juin 2016, l'intéressée a requis les prestations de l'assurance-invalidité.

9. Le 24 octobre 2016, le docteur E_____, allergologue, immunologue et spécialiste en médecine interne FMH, a informé le service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) que l'assurée souffrait d'un asthme sévère éosinophilique et cortico-dépendant, à composante allergique. Cette atteinte était incapacitante depuis 2012 et aggravée par une obésité morbide en partie liée aux cortico-thérapies orales itératives. L'assurée présentait une dyspnée au moindre effort et était particulièrement handicapée par sa surcharge pondérale. Elle pourrait reprendre une activité immédiatement à temps partiel dans un poste physiquement adapté.
10. Le 16 novembre 2016, la doctoresse G_____, spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie au Centre médical du Léman, a informé le SMR que l'assurée souffrait d'un asthme sévère cortico-dépendant et qu'elle était incapable de travailler depuis janvier 2015. Elle présentait des limitations sur le plan pulmonaire avec une dyspnée d'effort et des décompensations. Elle n'était actuellement pas apte à reprendre une activité.
11. Le 29 novembre 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a informé l'assurée que des mesures d'intervention précoce ou des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
12. Dans son rapport du 13 octobre 2017, le docteur H_____, pneumologue FMH, a attesté, sur la base d'une seule consultation, que l'assurée souffrait d'un asthme allergique perannuel sévère cortico-dépendant et traité par Xolair. Dans les restrictions physiques, il a mentionné qu'il était nécessaire d'éviter la poussière et que les efforts étaient impossibles. Le rendement était réduit en raison de l'asthme sévère et de l'obésité.
13. Dans son avis médical du 13 décembre 2017, la doctoresse I_____ du SMR a constaté notamment que les fonctions pulmonaires à la date du 26 mai 2015 étaient tout à fait normales et montraient une amélioration par rapport à mars 2015. Le traitement de Xolair était très bien toléré et le Dr H_____ rapportait un très bon contrôle et une perte pondérale significative depuis 2015, lors de la consultation d'avril 2017. Il attestait également une diminution de la Prednisone, une à deux exacerbations et l'absence de nouvelle hospitalisation. Les fonctions pulmonaires montraient un syndrome restrictif léger lié à l'obésité. Sur le plan strictement pulmonaire, une activité adaptée n'était pas contre-indiquée, selon le Dr H_____. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'employée de maison depuis juin 2015 où un asthme sévère cortico-dépendant avait été diagnostiqué par la Dresse D_____, pneumologue de l'époque. Dès fin septembre 2015, à savoir dès l'introduction du traitement Xolair, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée assise, sans effort physique important et sans exposition à la fumée et aux poussières.
14. Le 5 février 2018, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser les mesures professionnelles et une rente d'invalidité, la perte de gain dans

une activité adaptée n'étant que de 15 %, en prenant en considération le même salaire statistique mais en admettant un abattement de celui-ci de 15 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et du genre de permis.

15. Le 7 mars 2018, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. L'avis de son médecin traitant, la Dresse G_____, a été écarté sans raison et il aurait fallu ordonner une expertise médicale, au vu de la complexité de son cas et des rapports médicaux contradictoires quant à une éventuelle capacité de travail résiduelle. Elle a par ailleurs relevé qu'elle n'avait jamais manqué un seul jour de travail jusqu'au déclenchement soudain, imprévisible et violent de son atteinte. Comme le Dr H_____ l'avait indiqué, elle souffrait par ailleurs d'une des formes d'asthme la plus rare et la plus particulière. Elle s'essouffait grandement et très vite, si bien qu'elle ne pouvait exercer aucune activité pendant plus de deux heures. Par ailleurs, la Dresse G_____ était le médecin le plus à même d'apprécier son état de santé, puisqu'elle la suivait depuis de nombreuses années. L'OAI passait totalement sous silence les rechutes constantes et sévères liées à sa maladie qui l'entravaient dans la vie de tous les jours. Par ailleurs, même sous traitement de Xolair, elle avait subi à de réitérées reprises des rechutes, pendant lesquelles sa capacité de travail était nulle en raison d'une dyspnée majeure et de retentissement douloureux musculo-squelettique, et ce même au repos. Les rechutes étaient imprévisibles et incompatibles avec un engagement professionnel. Par ailleurs, elle était très diminuée en raison d'une obésité morbide (une prise de poids de plus de 30 kg en raison du traitement de cortisone au Prednisone) et d'atteintes ostéoarticulaires. Toute rechute et tout nouvel épisode infectieux nécessitera une nouvelle augmentation du traitement de cortisone à des doses importantes. Aucun employeur ne pourrait accepter les absences fréquentes dues à ses rechutes. De surcroît, elle était très fatiguée. Sa capacité de travail était par conséquent nulle depuis juin 2015 et jusqu'à ce jour. Si toutefois l'incapacité de travail ne devait pas être reconnue, il y aurait lieu de lui octroyer des mesures d'ordre professionnel, dès lors qu'elle devait changer d'activité professionnelle.
16. Dans son rapport du 19 février 2018 adressé au mandataire de l'assurée, le Dr H_____ a précisé que l'assurée souffrait d'un asthme allergique depuis 2003 et cortico-dépendant depuis 2015, ce qui était la forme la plus sévère dans l'échelle de graduation de sévérité d'un asthme bronchique. Cela signifiait une forme de dépendance à un traitement de Prednisone orale à haute dose et, depuis septembre 2015, de Xolair en injections. La dyspnée de l'assurée était probablement multifactorielle, liée à son asthme, mais également à son obésité morbide et à un déconditionnement. Depuis la mise en route du traitement de Xolair, la corticothérapie orale avait pu être significativement diminuée à des valeurs faibles, sans ré-hospitalisation et avec une diminution de la fréquence des exacerbations de son asthme. Les mesures de fonction pulmonaire pouvaient varier d'un jour à l'autre en fonction du degré d'exposition à des poussières ou à d'autres substances irritantes, la prise ou non d'un traitement bronchodilatateur et de la posologie de la

Prednisone orale. Il était tout à fait possible que la mise en route d'un traitement antibiotique associé à de la Prednisone orale à haute dose expliquait les résultats encourageant du 26 mai 2015. Par ailleurs, le Xolair était le médicament le mieux adapté la situation de l'assurée. Ce médicament était réservé à 1 % des malades asthmatiques les plus sévères. Il avait clairement permis un meilleur contrôle de l'asthme et une diminution très significative des besoins en cortico-thérapie orale. Enfin, la question n'était pas de savoir si l'assurée allait retrouver un travail adapté, mais si le niveau de contrôle de son asthme sous Xolair avec une quasi normalisation des fonctions pulmonaires permettait de reprendre une activité professionnelle adaptée. Or, cela était possible. En effet, si la surcharge pondérale était un frein à une activité lucrative, elle ne limitait pas une activité adaptée, notamment en position assise et sans effort physique.

17. Dans son rapport du 23 février 2018, la Dresse G_____ a notamment attesté que l'assurée subissait, depuis le début du traitement de son asthme, des effets secondaires de la cortico-thérapie à haute dose, à savoir une importante prise de poids et une hypertension artérielle. De surcroît, elle souffrait d'un état dépressif traité par antidépresseur. Sa capacité de travail était nulle depuis l'aggravation de l'asthme en 2015 tout au long de la période d'adaptation du traitement pendant laquelle un état respiratoire était clairement insuffisant. Actuellement, grâce au Xolair et à la cortisone, la situation respiratoire était stable, mais l'assurée restait physiquement diminuée par sa maladie de base et les comorbidités associées (obésité morbide, atteintes ostéoarticulaires).
18. Dans son avis médical du 5 avril 2018, la Dresse I_____ du SMR a notamment relevé que la Dresse G_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée et n'amenait pas d'élément objectif d'aggravation, dès lors qu'elle indiquait que l'état était stable depuis fin 2015. Partant, il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions du SMR, si ce n'est que l'incapacité de travail durable avait débuté en janvier 2015 et non pas en juin 2015.
19. Par décision du 27 avril 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision.
20. Par acte du 31 mai 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale, à son audition, ainsi qu'à celles des Drs G_____ et E_____. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète depuis janvier 2016, sous suite de dépens. Subsidièrement, elle a conclu à l'octroi de mesures professionnelles. Elle a relevé avoir obtenu un permis de séjour B dès le 28 novembre 2017. D'importantes exacerbations violentes et imprévisibles influaient sur son état de santé, notamment depuis 2015. Les rechutes fréquentes la paralysaient dans sa vie quotidienne tant familiale que professionnelle. Par ailleurs, l'état dépressif avait été induit par la maladie. Il était ainsi important de considérer la situation de santé globale. Il ne fallait notamment pas minimiser l'impact des effets secondaires de la cortico-thérapie dont la diminution, voire l'arrêt, était impensable, toute tentative de diminution du dosage

s'accompagnant d'exacerbation de l'asthme. Le simple fait de sortir de chez elle requérait toutes ses capacités et lui demandait un effort surhumain. Quant au Dr H_____, il n'était pas apte à juger son état de santé, ne l'ayant vue qu'une seule fois, alors que le médecin traitant la connaissait depuis plus de trois ans. La Dresse G_____ ne considérait en outre pas que l'état de santé fût stable. En effet, il y avait des rechutes nombreuses avec des effets drastiques sur la recourante. Ces rechutes étaient imprévisibles et incompatibles avec un engagement professionnel. Il était aussi irréaliste de retenir qu'elle pourrait effectuer des tâches légères dans le secteur de l'horlogerie et l'administratif, alors qu'elle était sans formation et qu'elle avait toujours travaillé comme employée de maison. Le rapport du Dr H_____ ne respectait pas non plus les critères développés par la jurisprudence pour reconnaître une valeur probante à un document médical, ne l'ayant pas traitée en période de crise et s'étant borné à effectuer un examen superficiel à une reprise. Enfin, l'instruction était incomplète s'agissant de la comparaison des gains, dès lors que l'intimé aurait dû se fonder, pour le salaire sans invalidité, sur le salaire précédemment réalisé auprès de son dernier employeur, à savoir un salaire brut de CHF 6'000.- par mois. Pour le surplus, elle a repris ses précédents arguments.

21. A l'appui de ses dires, la recourante a produit le rapport du 25 mai 2018 de la Dresse G_____. Celle-ci a maintenu que l'incapacité de travail de la recourante était de 100 % dans toute activité professionnelle. La dose de Prednisone n'était pas restée stable, mais avait été adaptée à plusieurs reprises en raison d'épisodes d'aggravation de la symptomatologie respiratoire. Les injections de Xolair effectuées une fois toutes les quatre semaines avaient été ramenées à une fois toutes les trois semaines, en raison de récurrence de symptômes respiratoires dans la dernière semaine suivant l'injection. La cortico-thérapie au long court engendrait également des effets secondaires notables. Or, la diminution, voire l'arrêt de cette thérapie était impensable, toute tentative de diminution de dosage s'accompagnant d'exacerbation de l'asthme. Il fallait aussi tenir compte de l'état dépressif de la recourante. En outre, il serait important d'avoir l'avis du Dr E_____ qui suivait la recourante depuis début 2016 pour les injections de Xolair et l'adaptation du traitement. Lorsque la Dresse G_____ avait vu la recourante le 22 mai dernier, elle présentait une dyspnée au moindre effort, un état dépressif important et ceci malgré un traitement bien conduit et une excellente compliance. L'état de santé n'était ainsi pas stable.
22. Dans son avis médical non daté, la doctoresse J_____ a relevé qu'aucune pièce médicale n'indiquait que la recourante souffrait d'une quelconque atteinte psychique, aucun suivi spécialisé ni traitement psychotrope n'étant signalé. La Dresse G_____ n'apportait pas non plus d'éléments cliniques objectifs parlant en faveur d'une aggravation notable et durable de l'état de santé, si bien que les conclusions précédentes du SMR devaient être maintenues.
23. Dans sa réponse du 26 juin 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours sur la base des rapports du pneumologue. Par ailleurs, le caractère imprévisible de potentielles

rechutes et l'obésité n'étaient pas reconnus comme incapacitants au sens de l'assurance-invalidité. En l'absence d'éléments médicaux objectifs permettant de remettre en cause son appréciation, l'intimé a estimé que l'instruction du dossier était complète. Le marché du travail offrait en outre un éventail suffisamment large d'activités légères dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. Il n'y avait pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché lui permettrait de retrouver un emploi. Enfin, l'intimé a fait sien l'avis médical précité de la Dresse J_____.

24. Par courrier du 12 juillet 2018, le Dr E_____ a répondu à une demande de renseignement de la chambre de céans. De l'avis de ce médecin, la capacité de travail de la recourante, dans une activité adaptée en position assise et sans effort physique et exposition aux fumées, était limitée à 20 ou 30 %. A cela s'ajoutait une baisse de rendement. Quant à l'effet du traitement de Xolair, il avait permis de stabiliser l'état de la recourante et principalement de sevrer la corticothérapie orale avec tous les effets secondaires qu'elle impliquait. Néanmoins, elle gardait une limitation à l'effort malgré un traitement maximum de Symbicort et Ventolin, en plus du Xolair, mais son état était nettement amélioré par rapport à l'époque pré-Xolair. Elle restait cependant toujours une asthmatique sévère. Même si elle n'avait pas présenté d'exacerbation aiguë en 2018, elle présentait de manière constante une dyspnée au moindre effort. L'asthme s'aggravait également lors d'état infectieux, comme cela avait été le cas en décembre 2017. Durant les périodes d'exacerbation, la capacité de travail était diminuée, voire nulle. Quant à la corticothérapie, elle provoquait des effets secondaires sous forme de prise pondérale, d'ostéoporose, de fragilité cutanée et d'augmentation du risque d'hypertension, du glaucome et du diabète. Le Dr E_____ ne pouvait évaluer l'impact d'une corticothérapie sur la capacité de travail, mais a relevé que celle-ci avait eu un impact majeur sur la prise pondérale, laquelle contribuait aussi à la dyspnée. En résumé, la recourante restait limitée par son asthme quotidiennement, même sans exacerbation sévère, des hospitalisations et la corticothérapie orale.
25. Le 27 août 2018, la Dresse G_____, a informé la chambre de céans que la recourante souffrait d'une polymorbidité, à savoir d'un asthme sévère et éosinophilique, corticodépendant, ayant nécessité l'introduction d'un traitement anti-IgE (Xolair) dont le but était de stabiliser les crises d'asthme et de tenter de sevrer la corticothérapie, responsable d'effets secondaires handicapants. Le sevrage de cortisone n'avait pas pu se faire à ce jour en raison de l'aggravation de ses symptômes en-dessous de 4 mg de Prednisone. A cela s'ajoutait une obésité induite par la corticothérapie et une longue période d'inactivité suite aux problèmes respiratoires. Elle présentait enfin un état dépressif qui s'était développé progressivement suite à la baisse de ses capacités physiques et au décès de son fils aîné aux Philippines. L'état dépressif était actuellement traité par Cypralex et diminuait probablement approximativement la capacité de travail de 20 %. Les

limitations fonctionnelles physiques étaient en relation avec la diminution de la capacité respiratoire et l'obésité. Il s'agissait de limitations concernant le périmètre de marche et les activités nécessitant des changements de position fréquents ou des mouvements répétitifs, ainsi que le port de charges. Enfin, la recourante avait été récemment diagnostiquée d'une téno-bursite du muscle moyen fessier droit, très douloureux et invalidant, lequel s'était partiellement amélioré après infiltration cortisonique. Cette nouvelle pathologie participait à ses limitations de déplacement. La corticothérapie avait pour effets secondaires une prise de poids importante, ainsi que, en tout cas en partie, une diminution de la masse musculaire. Les multiples problèmes de santé de la recourante se chevauchaient et se cumulaient. Un impact de 60 % sur la capacité de travail pourrait se discuter concernant les effets secondaires. Pour l'état dépressif, elle était actuellement suivie par la Dresse G_____ et traitée par antidépresseurs. Quant à la dyspnée d'effort, elle était multifactorielle : asthme, obésité et déconditionnement dû à la diminution de la masse musculaire. La recourante avait par ailleurs pris 16 kg depuis le début du suivi. Elle faisait actuellement des efforts afin de perdre du poids, depuis que la dose de cortisone avait été stabilisée à 4 mg. Cependant, avec la poursuite nécessaire actuelle du traitement de cortisone, la perte de poids escomptée ne sera pas très importante.

26. Dans son avis médical du 10 septembre 2018, la Dresse I_____ du SMR a constaté que la Dresse G_____ mentionnait des atteintes connues et déjà prises en compte. Par ailleurs, l'obésité morbide et le déconditionnement dû à la longue période d'inactivité participaient à la dyspnée d'effort pour la plus grande partie, à savoir à raison de 60 %. Or, il ne s'agissait pas d'atteinte du ressort de l'assurance-invalidité. Au demeurant, le traitement de Prednisone avait pu être diminué à 4 mg et stabilisé à cette dose, ce qui était moindre qu'au moment de la rédaction du rapport final du SMR du 13 décembre 2017, où ce traitement était à 7,5 mg. Le traitement de Xolair était à 150 mg toutes les quatre semaines, selon la Dresse G_____ et ainsi moindre que les trois semaines comme indiqué dans le rapport du SMR précité. Quant à l'effet dépressif, la recourante n'avait pas de suivi spécialisé au niveau psychiatrique et l'état dépressif était réactionnel à l'état somatique et la perte de son fils. Compte tenu de l'incapacité due à cette atteinte, évaluée à 20 % par ce médecin, cette problématique devait être considérée comme largement secondaire et peu sévère. En ce qui concerne la téno-bursite du muscle moyen fessier, il s'agissait d'une atteinte qui n'entraînait pas une incapacité de travail durable et qui était de surcroît postérieure à la décision querellée. Le Dr E_____ a mentionné qu'il n'y avait pas d'exacerbation aiguë de l'asthme en 2018 et seulement une aggravation temporaire lors d'états infectieux comme en décembre 2017. Concernant son appréciation de la capacité de travail, il s'agissait d'une évaluation différente d'un même état de fait, ce médecin admettant que son évaluation médicale était très similaire à celle du Dr H_____. Cela étant, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions.

27. Par écriture du 18 septembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur l'avis du SMR précité.
28. Par écriture du 20 septembre 2018, la recourante a également maintenu ses conclusions. Elle a mis en exergue que l'impact des effets secondaires de la corticothérapie sur la capacité de travail était de 60 %. Les différents rapports de la Dresse G_____ confirmaient que sa capacité de travail était nulle. Quant au Dr E_____, il a évalué la capacité de travail seulement à 20 ou 30 %, accompagnée d'une baisse de rendement. En dépit de l'amélioration de son état, elle restait une asthmatique sévère. Par ailleurs, les effets secondaires à eux seuls la handicapait fortement. Ainsi, lors de la prise du traitement par Xolair, le jour suivant, soit approximativement durant vingt-quatre à quarante-huit heures, elle était extrêmement fatiguée. Les injections de Xolair avaient lieu une fois par semaine [recte mois ?] en général et étaient augmentées en période de crise à une injection toutes les quinzaines voire toutes les trois semaines. Dans les jours suivant le traitement par Xolair, elle était empêchée d'exercer la moindre activité lucrative. Cela empêchait toute possibilité d'investissement régulier dans les activités quelles qu'elles soient. Aucun employeur ne l'engagerait avec de telles limitations. A cela s'ajoutait un état dépressif qui existait déjà avant l'assassinat de son fils par la police philippine le 16 août 2016. Néanmoins, cet événement avait beaucoup aggravé l'altération de son état psychique. Cependant, il lui était impossible de suivre avec succès une psychothérapie spécialisée, n'étant pas de langue maternelle française, s'exprimant très mal en français et possédant des connaissances limitées en anglais. Enfin, les rapports des Drs G_____ et E_____ se regroupaient sur plusieurs points, notamment quant à la capacité de travail et devaient se voir attribuer une valeur probante supérieure à ceux du Dr H_____ qui ne l'avait vue qu'à une seule reprise.
29. Le 18 octobre 2018, la chambre de céans a auditionné la recourante qui a déclaré ce qui suit :

« Concernant le déroulement de mes journées, je me lève à 8h00 et je prends mon petit déjeuner, ainsi que les médicaments, dont notamment le Prednisone et le Symbicort et le spray pour l'asthme. Après ces médicaments, je ne me sens pas très bien, raison pour laquelle je fais une promenade d'environ 30 minutes au bord du lac. Quand je rentre à la maison, je mets le ventilateur, car cela me permet mieux respirer. Les médicaments me fatiguent également beaucoup. Je fais par ailleurs la cuisine et le ménage, puis je m'assieds parce que je suis fatiguée. J'ai souvent la sensation d'exploser à cause du fait que j'ai du mal à respirer. Après le repas de midi, je me repose, regarde la télévision, lis ou écoute de la musique chrétienne. Dans l'après-midi, je raccommode des habits, mais pas trop longtemps à cause des eczémas que j'ai aux mains. Le soir je sors encore environ 30 minutes pour me promener au bord du lac et je mange, puis je fais la vaisselle. Je regarde de nouveau la télévision ou je lis. Vers 21h00, je prends les médicaments et m'endors

rapidement après. Je ne dors pas très bien, car je tousse beaucoup pendant la nuit.

Je ne peux pas rester trop longtemps assise à cause de l'anxiété. Lorsque je suis assise je n'arrive pas très bien à respirer. Je préfère la position couchée. Par ailleurs, je souffre d'une sciatique et suis une ergothérapie pour cette atteinte.

Grâce au Xolair, je n'ai plus de rechute de ma maladie asthmatique. Toutefois, aujourd'hui, je dois avoir des injections de Xolair toutes les trois semaines (auparavant quatre semaines), et ceci depuis environ deux mois. Après les injections de Xolair, je me sens très mal et je ne peux rien faire pendant cinq jours. Puis, ça va petit à petit mieux, mais la dernière semaine avant l'injection je me sens de nouveau très mal.

Ce qui me gêne le plus dans la vie de tous les jours, c'est de ne pas pouvoir porter des choses lourdes. Par ailleurs, j'ai la tête qui tourne. Je me sens très frustrée de ne plus pouvoir travailler, car j'étais très active auparavant. J'étais gouvernante en dernier lieu pour deux personnes handicapées.

J'arrive à faire le ménage, mais pas trop longtemps, dès lors que j'ai rapidement des problèmes respiratoires.

J'ai des amis à Genève. Le dimanche je vais à la messe et dans l'après-midi il y a des réunions. Je participe également à des études bibliques. Mes filles ne vivent plus à Genève. J'ai régulièrement des contacts avec mes enfants et ma famille sur les réseaux sociaux.

Le décès de mon fils et de mon père, ainsi que le fait de ne pas pouvoir travailler me démoralisent beaucoup.

Remarque de la Présidente : la recourante pleure.

Je suis également angoissée à cause des difficultés respiratoires. La famille me manque énormément. Je préférerais aujourd'hui mourir à cause de toutes ces difficultés qui m'empêchent de travailler et du décès de mon fils que je n'ai pas surmonté. Mon fils avait 31 ans quand il a été assassiné.

J'arrive encore à me concentrer sur une tâche. Mais je suis très affectée par les commentaires négatifs d'amis notamment sur mon poids (actuellement 104 kg). Avant de prendre de la cortisone, je pesais 76-78 kg. Par la suite, j'ai grossi jusqu'à 145 kg. »

Quant à son conseil, il a fait la déclaration suivante :

« Je relève que ma mandante n'arrive pas à faire des exercices physiques qui sont nécessaires pour perdre du poids. Par ailleurs, elle continue à prendre de la cortisone à une dose assez élevée, raison pour laquelle il est illusoire de croire qu'elle pourrait perdre du poids. »

30. Par courrier du 31 octobre 2018, la recourante a conclu à l'audition des Drs G_____ et E_____, ainsi qu'à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée.
31. 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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une invalidité ouvrant le droit à une rente.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

5. 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, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. 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 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 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.

6. L'obésité en soi ni le diabète ne sont pas constitutifs d'invalidité, à moins que l'excédent de poids ait provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles. L'obésité a uniquement un caractère invalidant, lorsqu'elle ne peut être réduite ni par un traitement adéquat ni par une perte de poids exigible ou si celle-ci, compte tenu d'autres éventuelles atteintes liées l'obésité, n'aurait vraisemblablement pas d'effet sur la capacité de travail (SVR 2010 IV Nr. 8 S. 25; RCC 1984 p. 359 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_74/2008 du 22 août 2008 consid. 2.2).
7. 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 (art. 28 al. 2 LAI).
8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport du Dr H_____ du 13 octobre 2017. Ce rapport a été établi sur le formulaire de l'intimé et ne contient aucune anamnèse, la recourante ne l'ayant consulté qu'à une seule reprise. Selon ce médecin, la recourante souffre d'un asthme allergique perannuel sévère et cortico-dépendant depuis 2003. Parmi les diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ce médecin mentionne une malformation artério-veineuse (MAV) pulmonaire traitée en 2015 par radiologie, une obésité sévère et un trouble ventilatoire obstructif léger. Depuis la mise en route du médicament Xolair, l'asthme sévère est mieux contrôlé. Concernant la question au sujet d'une incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins dans la dernière activité exercée, le médecin a indiqué qu'il ne connaissait pas la profession antérieure ou actuelle de la recourante. Elle devait éviter la poussière et les efforts lui étaient impossibles. Les limitations fonctionnelles se manifestaient par une dyspnée et une aggravation de l'asthme. Le rendement était réduit par l'asthme sévère et l'obésité. Une activité professionnelle était possible en position assise et sans exposition à la fumée ou aux poussières.

Par ailleurs, dans un rapport du 19 février 2018 adressé au mandataire de la recourante, le Dr H_____ indique notamment que celle-ci souffre de la forme la plus sévère dans l'échelle de graduation de sévérité d'un asthme bronchique, ce qui signifiait une dépendance à un traitement de cortisone à haute dose et de Xolair en injection. La dyspnée de la recourante était probablement multifactorielle, liée à son asthme, son obésité et à un déconditionnement. Le traitement de Xolair et la cortico-thérapie avaient permis la diminution de la fréquence des exacerbations de l'asthme. Les mesures de fonction pulmonaire pouvaient par ailleurs varier d'un jour à l'autre en fonction du degré d'exposition à des poussières ou à des substances irritantes, la prise ou non d'un traitement broncho-dilatateur et de la posologie de la cortisone. Concernant la capacité de travail, ce médecin considère qu'il est possible de reprendre une activité professionnelle adaptée. La surcharge pondérale est un frein à une activité lucrative, mais ne limite pas l'exercice d'une activité adaptée en position assise et sans effort physique.

Sur la base du premier rapport du Dr H_____, le SMR constate que les fonctions pulmonaires à la date du 26 mai 2015 sont tout à fait normales et montrent une amélioration par rapport à mars 2015. Le Dr H_____ rapporte en outre un très bon contrôle de l'asthme et une perte pondérale significative depuis 2015. Par ailleurs, les fonctions pulmonaires montrent un syndrome restrictif léger lié à l'obésité. Selon le SMR, la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle d'employée de maison depuis juin 2015. Toutefois, dès fin septembre 2015, à savoir dès l'introduction du traitement Xolair, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée assise, sans effort physique important et sans exposition à la fumée et aux poussières.

11. En premier lieu, comme le relève la recourante, il sied de constater que ni le rapport du Dr H_____ ni les avis médicaux du SMR ne peuvent se faire reconnaître une valeur probante suffisante. En effet, ces documents médicaux ne contiennent aucune anamnèse. Quant au rapport du Dr H_____, il n'a probablement pas été établi en pleine connaissance du dossier médical, notamment des rapports des Drs E_____ et G_____. Du moins, il ne s'est pas déterminé sur les avis divergents de ceux-ci quant à la capacité de travail. S'agissant du médecin du SMR, il n'a pas procédé à un examen clinique et n'est pas spécialiste en pneumologie, allergologie et immunologie.

A cela s'ajoute que le Dr H_____ ne chiffre pas le taux de capacité de travail. Or, il considère, dans son rapport du 13 octobre 2017, que le rendement est réduit en raison de l'asthme sévère et de l'obésité.

Partant, les conclusions du Dr H_____ et du SMR ne peuvent être suivies sans autre, dès lors qu'elles sont contestées par les Drs E_____ et G_____. En effet, selon le premier médecin, la recourante ne pourrait reprendre une activité adaptée qu'à temps partiel et, selon la Dresse G_____, sa capacité de travail est nulle. Il y a lieu par ailleurs de prendre en considération l'obésité morbide dans les limitations fonctionnelles, celle-ci étant induite par le traitement de cortisone. Il est à relever à

cet égard que la recourante a fait un effort pour perdre du poids mais que cette perte de poids reste insuffisante. Tant qu'elle est tributaire d'un traitement à la cortisone, il paraît illusoire qu'elle puisse diminuer son poids dans une mesure importante. Quant au déconditionnement, il ne peut a priori être reproché à la recourante, dans la mesure où elle doit éviter tous les efforts à cause de l'asthme sévère. De surcroît, la corticothérapie provoque également une diminution de la masse musculaire, selon la Dresse G_____.

A cela s'ajoute que la recourante souffre également d'un trouble dépressif diagnostiqué et traité par la Dresse G_____. Elle est soignée pour cette affection par des antidépresseurs. Toutefois, manifestement, les symptômes de ce trouble de l'humeur persistent, comme il a pu être constaté lors de l'audition de la recourante. Certes, une psychothérapie n'a pas été mise en place. Cependant, comme le relève la recourante, il lui serait difficile d'entreprendre un travail psychothérapeutique pour des raisons linguistiques.

12. Au vu de ce qui précède, il sied de constater que l'instruction du dossier est incomplète.

Cela étant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède à une expertise multidisciplinaire par un pneumologue, un allergologue et immunologue, un spécialiste en médecine interne et un psychiatre-psychothérapeute, ainsi que tout autre spécialiste que le SMR jugera nécessaire.

13. La décision querellée sera par conséquent annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
14. Dans la mesure où la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens.
15. Un émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera mis à la charge de l'intimé qui succombe.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 27 avril 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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