



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2115/2019

ATAS/424/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, représentée par le
CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRÉS GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNOPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née le _____1966, mariée et mère de trois enfants dont le cadet, âgé de 22 ans, vit au domicile parental, est d'origine Rom de Serbie. Elle vit en Suisse depuis le mois de mai 2005; elle est titulaire d'un permis B. Après une première demande d'asile refusée en 2004 par les autorités fédérales, la famille a finalement obtenu en 2008, dans le cadre d'une seconde demande d'asile, déposée en 2005, un permis F, d'admission provisoire, puis un permis B, délivré le 23 août 2018 avec effet au 9 septembre 2015, valable au 6 septembre 2020 en vue d'approbation C.
2. Souffrant d'une dépression, la recourante a effectué deux séjours à l'hôpital de Belle-Idée en raison d'un risque suicidaire; la première fois du 12 au 27 octobre 2005, hospitalisation volontaire sur demande de son psychiatre traitant de l'époque; la seconde fois du 18 au 22 août 2011, admission non volontaire à la suite de deux tentatives de suicide par abus médicamenteux. Elle est suivie sur le plan psychiatrique par la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis 2009. Professionnellement, elle a travaillé de septembre 2007 au 31 mars 2013 en qualité de femme de chambre à temps partiel pour différents hôtels, jusqu'à son licenciement pour motifs économiques. Elle a par la suite bénéficié de prestations de chômage, mais n'a plus repris d'activité lucrative en raison de problèmes de santé.
3. Le 30 octobre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé), sous forme de rente et de mesures professionnelles. Cette demande - reçue le 5 novembre 2015 - était motivée par un trouble dépressif récurrent (F33).
4. Dans un rapport du 22 janvier 2016, à la demande de l'OAI, la doctoresse C_____ (ci-après : Dresse C_____), du Programme Santé migrants des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que le début de la longue maladie remontait à 2005; la capacité de travail (ci-après : CT) exigible dans l'activité habituelle de femme de chambre était de 50 %, et de 50 % dans une activité adaptée. Le début de la réadaptation était fixé au 22 janvier 2016. Elle retenait les diagnostics avec effet sur la CT de trouble dépressif récurrent (F33) depuis 2005, état de stress post-traumatique (F43.1) depuis 2005, scoliose, varices avec cure de varices du membre inférieur droit (ci-après : MIF) en 2006 et 2010; et sans effet sur la CT: gastrite à Helicobacter Pylori depuis 2006 (récurrente), et constipation. Elle suivait l'assurée depuis le 17 juin 2015. Sur le plan anamnestique, la patiente (d'origine Rom) était arrivée en Suisse en 2005 depuis la Serbie. Depuis son arrivée, elle présentait un état dépressif marqué nécessitant deux hospitalisations en milieu psychiatrique (2005 et 2011) et un suivi psychiatrique régulier. La présence d'importantes varices du MIF avait nécessité une prise en charge chirurgicale à deux reprises (2006 et 2010). Actuellement elle présentait toujours des douleurs de la jambe droite. Un bilan angiologique veineux en 2013 avait montré une récurrence de varices de la veine saphène interne droite. En 2007, la

patiente avait développé des douleurs de dos avec mise en évidence d'une scoliose en « S » dorsolombaire avec rotation. Les séances de physiothérapie étaient mises en place. Elle présentait toujours des douleurs en position assise prolongée ou lors de marches prolongées. Cliniquement, la patiente était anxieuse et déprimée, ressentait des douleurs à la palpation lombaire, à l'extension et l'inclinaison droite du rachis; varices superficielles du MIF, pas d'œdème. Quant au pronostic, les douleurs sur scoliose et varices du MIF allaient au mieux rester stables, et au pire se péjorer en cas d'activité physique trop importante. Le traitement était d'ordre médicamenteux d'une part et de psychothérapie auprès de la Dresse B_____, d'autre part. Pour le futur, elle recommandait la poursuite du traitement en cours. Quant à l'activité exercée à ce jour, elle avait travaillé comme femme de chambre jusqu'en 2013 et présentait une fatigabilité importante avec une intolérance au stress, des douleurs lombaires et de la jambe droite. Les difficultés de la patiente se manifestaient par une lenteur dans le travail, une difficulté à se déplacer, à monter et descendre les escaliers, et à porter le linge. Du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible, le rendement était réduit en raison de la fatigabilité, de l'intolérance au stress et des douleurs. Les limitations fonctionnelles à observer dans une activité adaptée étaient : une durée de travail de 4 heures par jour, sans port de charges supérieures à 2 kg, ni de station debout prolongée, une activité sans stress. À ces conditions, une activité adaptée était exigible immédiatement. Le type d'activités possibles étaient des activités physiques légères soit en position uniquement assise ou en position alternée, au calme et sans stress.

5. La Dresse B_____ a établi un rapport médical le 3 février 2016 : le début de la longue maladie remontait à 2000, et le début des soins au cabinet à 2009. La CT exigible était nulle (0 %), tant dans l'activité exercée que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient : apathie, anhédonie, troubles de la concentration, perte de motivation. Elle retenait le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM 10 : F33.10), depuis 4 ans. S'agissant des diagnostics sans effet sur la CT, elle renvoyait au médecin somaticien. Anamnestiquement, la patiente avait vécu en Suisse de septembre 2000 à janvier 2004; elle y était revenue en mai 2005 accompagnée par son mari, de ses 3 enfants, ainsi que de sa belle-mère. Déjà lors du premier séjour, elle avait présenté des troubles dépressifs, soignés à Yverdon. Dès sa seconde arrivée en Suisse, la patiente avait repris ses soins psychiatriques à Genève. Dès 2009 - encore en cours -, elle suivait la patiente à une fréquence variable. Malgré un traitement psychiatrique et psychopharmacologique régulier, elle souffrait toujours d'une symptomatologie dépressive récurrente d'intensité sévère à moyenne. Actuellement, ses conditions d'assurance (franchise très élevée) ne lui permettaient pas de continuer ses soins psychiatriques régulièrement, de sorte que les consultations étaient espacées à deux fois par année. Le trouble dépressif s'était péjoré de façon importante dès 2013, à la suite de la perte de son emploi et divers problèmes personnels et familiaux. Sa santé physique était également détériorée, de sorte que la péjoration conjointe des troubles psychiques et

somatiques n'avait plus permis à la patiente de reprendre son activité professionnelle, raison pour laquelle la psychiatre traitante estimait l'incapacité de travail totale (100 %) dès août 2013. S'agissant des constatations objectives, la patiente présentait une humeur et un faciès triste; apathique, sa voix était lente et monotone; discours cohérent, réponses courtes et peu élaborées mais informatives; hygiène et tenue vestimentaire maintenues. Quant au pronostic, s'agissant d'une maladie psychique chronique et récurrente, répondant au traitement médicamenteux, le pronostic demeurait réservé. Recommandations pour la future thérapie : maintien des soins psychopharmacologiques avec une régulation de la fréquence des soins psychothérapeutiques. S'agissant des restrictions d'ordre psychique : anhédonie, apathie, manque d'énergie et de motivation, trouble de la concentration. Dans le cadre d'une éventuelle activité adaptée, elle retenait encore une capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance diminuée.

6. L'OAI a encore réuni divers documents médicaux émanant du département de psychiatrie des HUG (2005 et 2011).
7. Par courrier du 19 avril 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.
8. Dans un avis du 15 septembre 2016, le service médical régional (ci-après : SMR) a recommandé, après étude du dossier médical à disposition, d'interpeller la psychiatre traitante en lui posant diverses questions, notamment par rapport aux limitations fonctionnelles psychiatriques et à la CT dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée; et de même, de solliciter des précisions du médecin traitant somaticien (description détaillée des atteintes somatiques, limitations fonctionnelles somatiques, et justification d'une CT partielle seulement dans une activité adaptée).
9. La Dresse B_____ a répondu aux questions du SMR par courrier du 28 novembre 2016. En substance, elle constatait un effondrement des ressources intrapsychiques de sa patiente, qu'elle n'arrivait pas à expliquer avec une seule consultation annuelle (due aux problèmes économiques évoqués précédemment), ce qui l'amenait à considérer que l'assurée ne pouvait pas être intégrée dans une activité professionnelle, même très simple et répétitive. Elle ne pouvait fonder son opinion que sur ses observations cliniques et par des déductions basées sur son expérience professionnelle. Elle confirmait que sur le plan psychiatrique, la CT était nulle pour toute activité professionnelle.
10. Le service programme Santé migrants des HUG (doctoresse D_____, médecin interne, et deux autres collègues) ont répondu aux interrogations de l'OAI : en substance, ils ont détaillé les atteintes somatiques constatées au status, ont décrit les limitations fonctionnelles somatiques liées aux dorsolombalgies; en ce qui concerne la CT, ils estimaient qu'avec une adaptation correcte du poste de travail, qui devrait permettre de mieux contrôler les postures générant des douleurs dorsolombaires, la CT pouvait rester à 100 %. Cependant, la patiente présentait également des troubles

psychiques qui se surajoutaient aux problèmes somatiques des dorsolombalgies générant des limitations de la CT. En conclusion, sur le plan somatique ils ne notaient pas de changements significatifs depuis le rapport de 2016, même s'ils évoquent des douleurs résiduelles.

11. Le 29 juin 2017, suite à un nouvel examen du dossier, le SMR a à nouveau interpellé la psychiatre traitante en lui demandant d'actualiser la situation de l'état de santé de la patiente, et de détailler un certain nombre d'aspects.
12. La Dresse B_____ y a donné suite par courrier du 9 octobre 2017. Status psychiatrique anamnèse et constatations objectives: elle rappelle que l'irrégularité du suivi tient aux difficultés financières de sa patiente en relation avec son assureur-maladie. La patiente s'était présentée spontanément à sa consultation presque un mois après le dernier rendez-vous du 14 août. L'examen clinique s'était déroulé dans un contexte particulier et d'une façon abrégée en raison des limitations de temps disponible pour ce rendez-vous imprévu. Elle s'était présentée irritée et revendicatrice. Ses propos contenaient de nombreux reproches à l'égard de sa psychiatre, quasiment de l'ordre persécutoire. Elle lui imputait le fait que l'assurance-invalidité ne lui avait pas encore octroyé de rente. À la question de savoir si elle prenait des médicaments antidépresseurs, la patiente avait répondu qu'elle en prenait effectivement, sans savoir de quel médicament il s'agissait, ni à quelle dose. L'entretien avait été bref, très tendu et peu informatif; propos incohérents. Le médecin interprétait cette attitude comme la continuité d'un changement de la santé mentale déjà décrit précédemment. Elle avait mis cette attitude sur le compte d'une perte de repères. Origine de l'atteinte : l'assurée souffrait d'une dépression récurrente depuis au moins 2009. Quant à l'évolution de l'état de santé depuis ses premières consultations, le médecin précisait que l'évolution clinique jusqu'à 2013 avait été variable avec des périodes d'amélioration et des rechutes. Cependant, avec une fréquence de rendez-vous chaque 3 ou 4 semaines et un traitement d'antidépresseurs, par de l'Efexor allant jusqu'à 150mg par jour, l'évolution clinique était globalement favorable. Mais depuis son licenciement en 2013 et plus particulièrement depuis le changement d'assurance-maladie et son impossibilité d'assumer la charge financière des consultations, la fréquence et la régularité des soins psychiatriques avaient radicalement changé. Le traitement d'Efexor avait été changé, en raison d'effets secondaires, par une molécule sérotoninergique. Depuis deux à trois ans, lors des rares consultations (2 à 3 par année), la psychiatre avait constaté à plusieurs reprises une perte de cohérence et de structuration dans les phrases et actions de la patiente. Elle n'était toutefois pas en mesure d'expliquer ces changements de la santé mentale. Limitations fonctionnelles : depuis environ deux ans, fonctionnement global péjoré. En perdant la capacité d'organiser et d'assumer un certain nombre de fonctionnements simples, comme se présenter à ses rendez-vous médicaux, la patiente avait perdu en partie son autonomie. Évolution de la CT dans son activité habituelle de femme de

chambre : sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail était totale pour toute activité professionnelle dès fin 2013 - début 2014.

13. Le SMR a émis un nouvel avis le 31 mai 2018. Après synthèse des renseignements médicaux sur le plan somatique et psychiatrique, l'assurée présentait une affection somatique et psychiatrique. Sur le plan somatique, en raison de dorsolombalgies chroniques, l'activité de femme de ménage n'était plus exigible, mais dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail demeurait entière. Sur le plan psychiatrique, l'atteinte ne pouvait être déterminée avec précision avec les éléments médicaux à disposition. Il en allait de même des limitations fonctionnelles et donc de la CT. En conclusion, le SMR proposait de solliciter une expertise psychiatrique, afin de préciser les diagnostics, les limitations fonctionnelles associées, et la CT résiduelle. L'expert devrait également se prononcer sur l'exigibilité de traitement.
14. L'OAI a pressenti le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et en a fait part à l'assurée par courrier du 3 juillet 2018, lui permettant d'exercer son droit d'être entendue.
15. Il ressort d'une note statut du 3 juillet 2018 que sans atteinte à la santé, il faut considérer que l'assurée aurait l'obligation de travailler à plein temps. Il est donc retenu le statut d'une personne active.
16. L'expert mis en œuvre a entendu l'assurée le 24 octobre 2018 et a sollicité des renseignements complémentaires de la psychiatre traitante par courrier du 8 novembre 2018.
17. Le Dr E_____ a rendu son rapport le 24 janvier 2019. Ce rapport mentionne la participation d'une psychologue FSP, pour les tests psychométriques. Au terme d'une étude approfondie du dossier, d'un questionnement de la psychiatre traitante, et un entretien avec l'expertisée en présence d'un interprète indépendant, l'expert, au terme d'une discussion fouillée, et d'une analyse complète de la situation, comportant une anamnèse détaillée, prenant en compte les plaintes de l'assurée, l'observation de son comportement, les renseignements obtenus de la psychiatre traitante, ne retient aucun diagnostic incapacitant, mais un diagnostic sans répercussion sur la CT : trouble dépressif récurrent actuellement léger. Il retient que ce sont surtout les problèmes socioculturels, la faible maîtrise du français, la rupture des soins psychiatriques, l'absence de prise régulière des médicaments, les difficultés probables d'intégration dans le monde du travail suisse qui jouent un rôle prépondérant. Il relève que tout cela a été bien détaillé dans le rapport de la psychiatre traitante du 19 novembre 2018. Ainsi, l'expert conclut que ce sont surtout les éléments qui sortent du champ médical qui s'influencent tous négativement. Selon lui, la famille est probablement accoutumée à cette situation et n'a guère de motivation à en changer. L'expert a également fondé son appréciation en examinant la situation de l'expertisée selon une méthode structurée faisant appel aux indicateurs fixés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (atteinte à la santé :

éléments pertinents pour le diagnostic, symptômes, succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers, manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée, distinction des limitations fonctionnelles causées par cette atteinte et celles dues à des facteurs non assurés; diagnostic de la personnalité, ressources personnelles, complexe de personnalité de l'assurée, contexte social; cohérence). Il a enfin répondu à toutes les questions posées : en relation avec la CT, et par rapport à l'activité exercée en dernier lieu, il relève que mis à part certaines périodes de dépression réactionnelle, notamment en 2005 et 2011, lorsque l'expertisée prend son traitement elle devrait pouvoir exercer une activité de femme de ménage. Néanmoins, les éléments qui sortent du champ médical (absence d'intégration, éléments socioculturels, absence de maîtrise du français) jouent certainement un rôle très défavorable. A priori on ne comprendrait pas pourquoi sa performance devrait être considérée comme réduite, car elle assume toutes ses tâches domestiques; la CT serait donc théoriquement de 100 %. L'expert estime que l'assurée devrait être considérée pour l'essentiel comme mère au foyer; elle n'exprime guère de perspectives de rechercher un emploi. À terme le pronostic est bon sur le plan objectif, mais d'un point de vue subjectif, l'assurée n'a aucune motivation véritable pour chercher un emploi. Quant à la CT dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée, l'expert estime qu'une activité de femme de ménage pourrait correspondre, mais l'intéressée a beaucoup de peine à s'adapter au rythme de travail en Suisse. Le temps de présence maximum possible dans l'activité désignée serait de 8 heures par jour. En conclusion, l'expert estime la CT sur le marché ordinaire du travail à 100 %, sans diminution de rendement. S'agissant du pronostic quant à l'évolution de cette CT, l'expert le qualifie d'objectivement bon, relevant que subjectivement l'assurée estime ne pas pouvoir travailler. S'agissant des tâches habituelles, en l'absence d'une enquête ménagère, l'expert qui a écrit dans un tableau l'ensemble des activités concernées, considère que manifestement l'assurée assume la majeure partie de ses tâches domestiques, sur la base d'un questionnaire précis.

18. Le service de réadaptation de l'OAI a procédé, le 12 février 2019, à la détermination du degré d'invalidité, par comparaison des revenus, avec et sans invalidité, pour l'année 2015. Il a pris pour base, pour le revenu avec invalidité l'enquête suisse sur les salaires (ESS) 2014, tableau TA1_tirage_skill_level pour une femme exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne Total dans une activité de niveau 1 pour une durée hebdomadaire de travail de 41,7h. Le salaire avec invalidité a été fixé à CHF 48'649.-, après indexation selon l'ISS (indice suisse des salaires) et une réduction supplémentaire de 10 %, et le revenu sans invalidité à CHF 54'055.-; soit une perte de gain de CHF 5'406.-, correspondant à un degré d'invalidité de 10 %. Dans son rapport d'évaluation, le service concerné indique que la réduction supplémentaire accordée (10 %) pour déterminer le revenu avec invalidité, ne peut être plus élevée, dès lors que, selon la jurisprudence, il n'est pas possible de prendre en compte en sus, les autres facteurs tels que l'âge, le permis, les années de service et le taux d'occupation et le fait que seule une activité

légère ne soit accessible à l'assurée. Quant au revenu sans invalidité, bien qu'hypothétique, celui-ci doit être évalué de manière aussi concrète que possible. Dans le cas d'espèce, et en l'absence de données salariales concrètes, l'office s'est basé sur les ESS 2014, TA1, tout secteur confondu Total, pour une activité simple et répétitive de niveau 1, (réactualisé).

19. Dans un avis médical du 12 février 2019, le SMR a décrit l'ensemble des éléments du dossier médical, ainsi que l'expertise réalisée, considérant au sujet de cette dernière, que l'expert dresse, dans son rapport du 24 janvier 2019, un tableau très rassurant de l'état psychique de l'assurée. Il en rappelle les conclusions qui, selon le service médical, sont claires et parfaitement cohérentes et qu'il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter. En conclusion, le SMR considère que la CT est bien nulle (0 %) dans l'activité anciennement déployée, de femme de ménage, depuis 2015, mais entière (100 %) dans toutes les activités qui respectent les limitations fonctionnelles d'épargne du dos (nécessité d'alternance des positions assis-debout, pas d'activité penchée en avant ou en porte-à-faux, pas de rotation du tronc répétée, pas de port de charges de plus de 5 kg), et ceci depuis toujours (hormis de façon temporaire pendant les décompensations psychiques de 2005 et 2011).
20. L'OAI a dès lors adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, par courrier du 12 février 2019. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaît une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de l'assurée, dès le 1^{er} janvier 2015 (début du délai d'attente d'un an), et considère que dans une activité adaptée à son état de santé, la CT est de 100 % dès cette date.
21. Le Centre de Contact Suisses-immigrés Genève s'étant constitué pour la défense de l'assurée, dès réception du projet de décision susmentionné, il a contesté les conclusions de ce projet par courrier du 18 mars 2019 : l'assurée souffrait d'une part de varices récidivantes et d'une scoliose en S ne lui permettant plus d'exercer son ancienne activité de femme de chambre; d'autre part, d'une pathologie psychique sous forme d'un trouble dépressif chronique et pour lequel elle était suivie depuis de nombreuses années par un médecin psychiatre. Le rapport d'expertise du Dr E_____ - qui n'a vu l'expertisée qu'une fois - était en totale contradiction avec l'évaluation de la psychiatre traitante. Cette dernière estimait, dans son courrier adressé à l'expert en date 19 novembre 2018, que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif chronique qui réduisait ses ressources intrapsychiques déjà très faibles, d'autant qu'elle s'associait à une certaine faiblesse d'esprit; elle concluait que sa patiente était dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle, ceci pour des raisons psychiques. En conséquence, vu la grande divergence entre l'évaluation de l'expert et celle du médecin traitant, la recourante sollicitait la mise sur pied des mesures d'observation professionnelle, afin d'évaluer si elle avait, d'un point de vue psychique, les capacités suffisantes, en termes de rendement, de concentration, et d'endurance, pour effectuer une activité professionnelle adaptée à son état psychique. Elle observait en outre que l'abattement de 10 % sur le salaire

d'invalidé était trop faible, en raison des difficultés diverses liées d'une part à son état physique, à savoir que seul un travail léger était possible, et d'autre part aux facteurs de langue (faible maîtrise de la langue française même à l'oral), de son origine nationale (Rom de Serbie) et du type de permis de séjour « F »; un abattement de 20 % sur le salaire d'invalidé aurait été plus conforme à la situation.

22. Le 23 avril 2019, le service de réadaptation de l'OAI (ci-après : le service REA), mis en œuvre le 20 mars 2019 par l'office - précisant notamment que - contrairement à ce qu'affirme le mandataire de l'assurée -, cette dernière était titulaire d'un permis B (et non F), a conclu qu'il n'y avait pas lieu de modifier le taux d'invalidité de 10 %. Le service REA remarquait de plus qu'à lecture du compte individuel (CI), les salaires retenus avec et sans invalidité étaient largement à l'avantage de l'assurée. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, même sous forme d'orientation professionnelle, l'assurée étant surtout investie dans la tenue de son ménage et fonctionnant comme mère au foyer à 100 %. Les problèmes socioculturels, la faible maîtrise du français (écrit/parlé) et l'absence de démarches pour trouver une activité adaptée, démontraient que l'assurée n'avait aucune motivation pour un retour en emploi, ne serait-ce que pour des activités simples et répétitives qui ne nécessitent pas de formation particulière.
23. Par décision du 25 avril 2019, l'OAI se référant à son projet de décision du 12 février 2019 a confirmé le refus de prestations de l'assurance-invalidité, après audition. Le statut d'assurée retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle de l'assurée, dès le 1^{er} janvier 2015 (début du délai d'attente) et considérait que dans une activité adaptée à son état de santé, la CT est de 100 %, dès cette date. La comparaison des revenus (CHF 54'055.- sans invalidité et CHF 48'649.- avec invalidité, soit une perte de gain de CHF 5'406.-), déterminait un taux d'invalidité de 10 %. Dans le cadre de la contestation du projet de décision, l'assurée ayant sollicité des mesures professionnelles, celles-ci, après consultation de la division de réadaptation, n'étaient pas indiquées, même sous forme d'orientation professionnelle. L'OAI remarquait enfin que les salaires retenus pour la comparaison des gains étaient largement à l'avantage de l'assurée.
24. En date du 29 mai 2019, l'assurée représentée par son mandataire, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut à l'annulation de la décision entreprise et à la mise en place d'un stage d'observation professionnelle, aux termes duquel un nouveau calcul du degré d'invalidité devra être opéré. Se référant pour l'essentiel à son argumentation précédente, et s'appuyant sur les faits et documents médicaux versés au dossier, l'assurée observe, s'agissant des atteintes somatiques à la santé, que les rapports successifs du Programme de santé migrants de la médecine de premier recours des HUG sont contradictoires dans leurs conclusions, dans la mesure où, dans le second rapport de

ce service (31 janvier 2017), les médecins relèvent une dorsolombalgie dans un contexte de scoliose dorsolombaire ainsi qu'une hypertension de stade 1, les limitations fonctionnelles décrites étant les mêmes que dans le précédent rapport, les médecins estimant désormais que l'assurée serait apte à travailler à 100 % avec une adaptation du poste de travail. Mais ils arrivent à cette conclusion en se gardant bien de mentionner les types d'activités envisageables, compte tenu du manque de qualification professionnelle et de la faible scolarisation de la patiente. Sur le plan psychiatrique, elle reprend son argumentation antérieure en comparant les avis de sa psychiatre traitante et de l'expert.

25. L'intimé a répondu au recours par courrier du 1^{er} juillet 2019. Il conclut à son rejet. La recourante conteste principalement la CT retenue par l'office et le refus de mesures d'ordre professionnel. Du point de vue somatique, il ressort du rapport des HUG (Dresse C_____) du 31 janvier 2016 que la recourante conserve une CT de 100 % dans une activité adaptée. Le Dr D_____ retient, dans son rapport du 2 février 2017, que la recourante ne peut plus exercer son activité habituelle de femme de chambre, mais a une CT de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Du point de vue psychiatrique, interrogée par le SMR, la psychiatre traitante indiquait dans son rapport du 9 octobre 2017 qu'elle voyait la patiente très irrégulièrement et en moyenne deux fois par année. Ses observations cliniques et ses conclusions étaient dès lors très circonstanciées. Elle ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution de l'état psychique de la patiente, entre ses deux dernières consultations (décembre 2015 et novembre 2016), mais retenait une incapacité de travail totale dans toute activité. Une expertise psychiatrique avait été mise en place, afin de préciser les diagnostics psychiatriques, les limitations fonctionnelles et la CT de la recourante. L'expertise du Dr E_____ remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il ne ressortait pas des griefs de la recourante d'éléments concrets (objectifs) susceptibles de remettre en cause les conclusions tant du SMR que de l'office, l'argumentation se limitant pour l'essentiel à souligner les divergences d'opinions entre le SMR, l'expert et la psychiatre traitante, relatives à l'appréciation de la CT résiduelle, sans mettre toutefois en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques. La recourante ne produisait aucune pièce médicale faisant état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'instruction médicale. Par rapport à la demande de mise en place d'un stage d'observation professionnelle, l'intimé rappelle que la CT a été déterminée et que celle-ci ne pourra pas être remise en cause par une orientation professionnelle. Cette mesure n'est prévue que pour cibler des activités adaptées. Selon l'art. 15 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), le droit à l'orientation professionnelle suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références). En l'espèce, la

recourante peut exercer différentes activités adaptées qui ne nécessitent pas de formation complémentaire (ESS, TA1, tous secteurs confondus). Or, selon la jurisprudence, il convient d'admettre que dans la mesure où le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations de la recourante, et accessibles sans aucune formation particulière, il n'existe guère d'obstacles pour la recourante à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. À titre d'exemple, et compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, l'OAI considère que la recourante peut exercer sans restriction une activité d'épargne du dos, en alternant les positions assise/debout, telle que des activités de surveillance, de contrôle, et dans l'industrie légère notamment à l'établi. Ainsi, compte tenu du faible degré d'invalidité, des ressources personnelles et de son entourage, et de la CT entière de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une mesure d'ordre professionnel n'entre pas en ligne de compte.

26. La recourante, invitée à se prononcer dans le cadre d'une réplique, ne s'est pas manifestée, de sorte que les parties ont été informées de ce que la cause était 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 LAI.

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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).
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité, rente et/ou mesures professionnelles, singulièrement sur le taux d'invalidité donnant droit à ces prestations, et la question de savoir si elle a droit à des mesures d'ordre professionnel, en particulier à un stage d'orientation professionnelle.
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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
6. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
7. 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 maladif, 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).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 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, 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).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils

sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

8. L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).
9. L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).
10. 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).

11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

12. 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.

a. 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).

b. 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; 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).

c. 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).

d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour

qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

14. 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).
15. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
16. 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).

17. En l'espèce, la décision entreprise est essentiellement fondée sur l'appréciation médicale de l'expert E_____, dont les conclusions ont été reprises et validées par le SMR, lequel s'est également prononcé sur l'ensemble de l'état de santé de la recourante. Dans la mesure où la recourante conteste les conclusions de l'expert psychiatre, au motif qu'elles seraient en contradiction avec celles de sa psychiatre traitante, indépendamment du fait qu'elle remet également en cause les rapports successifs des médecins qui l'ont traitée aux HUG, y voyant également des contradictions internes, il y a lieu, dans un premier temps, d'examiner si l'on peut accorder une valeur probante, principalement au rapport d'expertise du Dr E_____, et le cas échéant, dans la mesure de la recevabilité des critiques relatives aux pièces médicales concernant les aspects somatiques de l'atteinte de la recourante à sa santé, aux autres pièces médicales concernées.
18. S'agissant de l'expertise psychiatrique confiée au Dr E_____, comme rappelé précédemment, pour qu'une expertise confiée à un médecin indépendant puisse se voir reconnaître une pleine valeur probante, elle doit avoir été établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier ; l'expert, après avoir traité toutes les questions litigieuses importantes, doit aboutir à des résultats convaincants. Si ces conditions sont réunies, le juge ne saurait écarter les conclusions de l'expert, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En l'occurrence, la chambre de céans constate que cette expertise a bien été établie par un spécialiste reconnu; les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'investigations complètes, en se prononçant sur les diagnostics à retenir, - en l'occurrence aucun diagnostic psychiatrique incapacitant -, et un trouble dépressif récurrent actuellement léger, n'ayant pas d'incidence sur la CT de l'expertisée. Sur le plan formel, le rapport de l'expert contient une anamnèse détaillée, des constatations objectives, découlant non seulement du dossier et en particulier des documents médicaux recueillis, mais

également d'un examen personnel de l'expertisée, laquelle était assistée d'un traducteur pendant toute la durée de l'examen, mais également des renseignements complémentaires que l'expert a sollicités de la Dresse B_____, dont il a dûment tenu compte. Il a également indiqué les raisons pour lesquelles il s'écartait le cas échéant de l'appréciation de la psychiatre traitante, remarquant notamment que les états de grande confusion et de désorganisation évoqués par la psychiatre traitante semblent aller à l'encontre de la description que l'expertisée lui a faite, notamment de son fonctionnement hors professionnel, ceci non seulement dans le cadre de l'exécution de ses travaux habituels mais également par rapport aux ressources de l'intéressée, dans le cadre social et familial, (rapport d'expertise page 22 ad ch. 7.1). Il a également pris en considération les diagnostics médicaux ressortant du dossier, notamment ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique [F 33. 10] retenu par la psychiatre traitante dans son rapport du 3 février 2016, ainsi que celui de trouble dépressif récurrent [F33.0] et d'état de stress post-traumatique (F43.1), posés par la Dresse C_____ dans son rapport du 22 janvier 2016. Se fondant sur ses propres constatations, mais également sur les critères retenus par la nomenclature psychiatrique internationale (CIM 10 et DSM-5), il a justifié les raisons pour lesquelles il ne retenait pas le degré de gravité moyen du trouble dépressif retenu par la psychiatre traitante (rapport d'expertise page 16ss ad ch. 6.1); il a de même expliqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (rapport d'expertise page 18ss ad ch. 6.2). À l'instar des constatations de la Dresse B_____, qui les a bien décrites dans ses rapports médicaux, l'expert a observé que ce sont surtout les éléments qui sortent du champ médical qui s'influencent tous négativement qui sont au premier plan, soit les problèmes psychosociaux et socioculturels. Selon les principes rappelés précédemment et comme le retient la jurisprudence, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). L'expert a également observé que quelles qu'en soient les raisons, la prise en charge psychiatrique était manifestement insuffisante, pour preuve le fait que pendant les périodes où la compliance était bonne, l'expertisée montrait une évolution favorable de son état, et elle pouvait également travailler. Il a également relevé que l'on ne trouvait pas de répercussion sur les activités ménagères, de loisirs, et sociales, mais qu'en revanche l'intéressée n'avait aucune attente concernant une activité lucrative. Par ailleurs, elle n'exprime guère de perspectives de rechercher un emploi. Ses conclusions sont cohérentes, l'expert estimant que moyennant une bonne compliance, hormis certaines périodes de dépression réactionnelle, notamment en 2005 et 2011, si l'assurée prenait régulièrement son traitement, elle devrait pouvoir exercer son activité précédente de femme de ménage, sans diminution de rendement; mais quoi qu'il en soit, il estime, par rapport à l'évolution de la CT, que d'un point de vue objectif le pronostic est bon, mais que d'un point de vue subjectif, l'assurée n'a aucune motivation véritable pour chercher un emploi. Une activité de

femme de ménage pourrait correspondre, mais l'intéressée a beaucoup de peine à s'adapter au rythme de travail en Suisse. Ces conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte qu'aucun élément objectif démontrant que l'expert aurait négligé un aspect ou un autre, ne permet de douter de leur pertinence, voire d'un défaut d'objectivité de l'expert.

De son côté, pour l'essentiel, la recourante reproche à l'expert d'arriver à des conclusions qui sont en contradiction avec celles de sa psychiatre traitante, alléguant même avoir indiqué dans sa contestation du projet de décision que cette dernière ne serait pas d'accord avec les conclusions de l'expert. Or, de ce point de vue, force est de constater que la recourante n'a produit aucun document médical émanant de sa psychiatre traitante, aux termes duquel elle exprimerait des critiques à l'égard de son confrère, encore moins en rapportant des éléments objectifs qui permettraient de douter de la fiabilité de l'appréciation de l'expert. En effet, tous les documents dont elle a fait état, provenant de sa psychiatre, sont antérieurs au rapport d'expertise, et comme on l'a vu précédemment, l'expert s'est prononcé en détail, de manière cohérente et convaincante, sur les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions de la psychiatre traitante. C'est aussi le lieu de rappeler qu'en présence d'opinions différentes entre les médecins traitants et l'expert, il convient d'apprécier l'opinion des premiers en ayant à l'esprit la nature différente entre le mandat thérapeutique et le mandat d'expert, le juge pouvant et devant 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] (voir ci-dessus consid. 12 c et réf. citées).

La recourante fait encore valoir que l'expert (psychiatre) lui reconnaît une pleine capacité de travail dans une activité de femme de ménage, alors que ses médecins somaticiens considèrent qu'elle n'est plus capable d'exercer une telle activité, en raison de ses affections somatiques. C'est oublier que l'expert ne s'est prononcé que sur le plan psychiatrique. Cette critique ne saurait donc jeter un doute quant à la fiabilité de ses conclusions.

Dès lors, au vu de ce qui précède, on doit reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr E_____.

19. S'agissant des critiques de la recourante à l'égard de ses propres médecins traitants, somaticiens, au Programme santé migrants des HUG, elles ne sauraient convaincre. Elle oppose en effet le rapport de la Dresse C_____ du 22 janvier 2016 à celui d'autres médecins de ce service, et en particulier de la Dresse D_____, du 31 janvier 2017, soit datant d'un an plus tard. Or, il n'est pas incompatible qu'à distance d'une année, quand bien même les atteintes somatiques seraient les mêmes et les limitations fonctionnelles identiques, un même médecin, et a fortiori des praticiens différents, de même spécialité et dans un même service hospitalier puissent aboutir à des résultats différents, non seulement en fonction du dossier décrivant une situation passée, mais également en fonction d'une appréciation actualisée, et

estimer la CT d'un patient à un taux différent, en particulier dans une activité adaptée. En l'occurrence, la recourante voit une contradiction entre ces deux rapports, le plus ancien ayant évalué la CT dans une activité adaptée à 50 % moyennant une adaptation correcte du poste de travail, tenant compte du fait que la patiente présente une limitation de certains mouvements notamment, et le plus récent fixant cette CT à 100 % avec les restrictions suivantes : travailler longtemps en position assise, travailler debout de manière prolongée, se pencher, soulever et porter des poids, monter sur une échelle ou sur des escaliers, précisant que ces limitations étaient dues aux dorsolombalgies. À l'époque, en 2016, en effet, la Dresse C_____ évaluait la CT dans une activité ne comportant pas de port de charges supérieures à 2 kg, ni de station debout prolongée, et pas de stress, à 4 heures par jour, soit à hauteur de 50 %. On ne saurait toutefois conclure à une contradiction entre ces deux avis : d'une part en fonction de ce qui a été dit ci-dessus, mais encore parce que l'évaluation de la Dresse D_____ et ses collègues en 2017 concernait la CT en fonction des troubles somatiques uniquement, ce qui les a conduits à retenir que moyennant l'adaptation du poste de travail, la CT dans une activité adaptée pouvait être maintenue à hauteur de 100 %, ajoutant toutefois hormis les troubles somatiques, que la patiente souffrait de troubles psychiques générant une limitation de la CT. Or, l'aspect « trouble psychiques » a entre-temps fait l'objet d'une expertise psychiatrique, dont on connaît les conclusions, commentées ci-dessus. La recourante omet également de prendre en compte que la Dresse C_____ avait mis en place des séances de physiothérapie, dont l'effet escompté pouvait très vraisemblablement avoir eu certains effets atténuants, ce qui ressort implicitement du rapport de la Dresse D_____.

La recourante reproche en outre aux médecins qui ont réévalué sa CT dans une activité adaptée, en 2017, de s'être bien gardés de mentionner les types d'activité envisageables, compte tenu du manque de qualification professionnelle et de sa faible scolarisation. Il lui sera rappelé d'une part qu'il appartient au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail, mais pas d'énumérer les professions possibles; d'autre part le médecin doit se prononcer par rapport aux aspects médicaux et non pas évaluer les professions envisageables en fonction de limitations relevant de facteurs psychosociaux ou socioculturels, étrangers au droit de l'assurance-invalidité (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

20. La recourante fait ensuite grief à l'intimé, au vu de ses précédentes critiques aboutissant selon elle, à ce que ni l'expertise du Dr E_____, ni les rapports médicaux du Programme santé migrants des HUG, ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante, de lui avoir refusé la mise sur pied des mesures d'observation

professionnelle propres, selon elle, à déterminer de manière précise si elle était encore en mesure d'exercer une activité adaptée en raison de son atteinte à la santé psychique (recours p. 3, ch. 8 et p. 6 ch. 13). Selon elle, un stage d'observation professionnelle devrait permettre de déterminer de manière plus précise des activités professionnelles qu'elle pourrait éventuellement réaliser, ainsi que le taux d'activité y relatif.

a. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

b. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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). En l'espèce ce dernier principe ne se pose pas.

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).

c. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

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

En l'espèce, on rappellera qu'au vu des conclusions de l'expert quant à la pleine CT de la recourante dans une activité adaptée, étant admis par l'intimé que l'exercice de la profession antérieurement exercée n'est plus possible, à tout le moins sans la

prise en compte des limitations fonctionnelles dues en particulier à ces dorsolombalgies, comme l'a constaté l'expert, la recourante est ainsi apte à exercer des activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation particulière. Comme cela ressort du dossier et notamment de l'expertise, la recourante n'a aucune attente d'une reprise d'une activité professionnelle, et elle n'a, à aucun moment, manifesté la volonté sérieuse de rechercher concrètement un emploi, ce qui, conformément à la jurisprudence et les dispositions légales topiques citées, lui incombe avant de solliciter des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la procédure de recours, elle n'a pas davantage manifesté cette volonté, se limitant à solliciter un stage d'observation professionnelle, dont l'objectif serait notamment de définir le taux d'activité qu'elle pourrait réaliser dans telle ou telle profession. Dès lors que le taux d'activité dans une activité adaptée a d'ores et déjà été fixé à 100 %, et que d'autre part les difficultés qu'elle aurait éventuellement à trouver une telle activité tiennent à des éléments psychosociaux ou psychoculturels étrangers au droit de l'assurance-invalidité, on voit mal que le stage sollicité puisse avoir un effet sur la CT résiduelle de l'intéressée. En somme, la mesure sollicitée tend à remettre en question le taux de la CT exigible dans une activité adaptée, lequel a d'ores et déjà été fixé et confirmé par la chambre de céans comme on l'a vu ci-dessus.

Ainsi, le grief de la recourante consistant à contester le refus de l'intimé de lui avoir consenti une telle mesure professionnelle n'est pas fondé; il doit donc être écarté.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner la recourante 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. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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