RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2143/2021 **ATAS/724/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 août 2022

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Arnaud MOUTINOT	recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____1967, a notamment exercé des activités en tant qu'employée de restauration, agent de production chez B_____ et nettoyeuse. Elle a été employée en dernier lieu en qualité d'ouvrier d'atelier auprès de B_____ du mois d'octobre 2014 au 31 mars 2016 (divers contrats de durée déterminée), et en qualité d'agente de propreté à 20% du 1er janvier 2015 au 23 juillet 2016, date de sa démission avec effet immédiat pour raison de santé.

b. L'assurée avait préalablement exercé l'activité de vendeuse et avait été en incapacité de travail du 23 novembre 2012 au 1er mai 2013, en raison d'un burn out, d'un trouble de l'adaptation et d'une réaction mixte anxio-dépressive. Dès le 1er mai 2013, elle avait repris le travail à plein temps.

c. Le 4 juillet 2016, le docteur C_____ a reçu l'assurée en consultation en raison d'une perte, depuis plusieurs années, de sensibilité et de force dans les trois premiers doigts des deux mains prédominant à droite s'étant progressivement aggravée pour devenir plus gênante depuis deux mois avec des réveils nocturnes de plus en plus fréquents. La patiente ne présentait pas de perte de dextérité fine, mais décrivait des difficultés croissantes à ouvrir les bocaux et bouteilles et lâchait des objets occasionnellement. Travaillant alors dans une entreprise de nettoyage et suivant un cours de dactylographie, elle sentait ses symptômes s'aggraver. Le médecin observait des signes de Tinel positifs aux deux poignets et au coude gauche. Les examens confirmaient la présence d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral d'intensité modérée à droite et légère à gauche. L'indication d'une prise en charge chirurgicale était posée pour le côté droit, mais la patiente était très hésitante. À gauche, le médecin préconisait le traitement par port d'une attelle.

d. Le 13 juillet 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant un trouble anxieux sévère.

e. À la demande de l'OAI, la psychiatre traitante de l'assurée, la docteure D_____, a indiqué que sa patiente souffrait d'un trouble de la personnalité dépendante et évitante F60.7 et F60.6 et d'un trouble anxieux généralisé F41.1. Sa patiente était en incapacité de travail à 100% depuis le 23 novembre 2012. Au 2 novembre 2016, la capacité de travail dans l'activité habituelle (licenciée selon le médecin depuis le 20 novembre 2012) était indéterminée, mais de 100% dans une activité adaptée dès juillet 2014 (rapport du 2 novembre 2016).

f. Dans un rapport du 21 décembre 2016, le rhumatologue de l'assurée, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué avoir reçu la patiente en raison d'une chute qui avait aggravé les douleurs à l'épaule droite dont sa patiente se plaignait depuis plusieurs années. Cette dernière souffrait de plusieurs douleurs polymorphes de type fibromyalgie

associées à une anxiété chronique et un problème de pied avec platypodie pour laquelle des semelles orthopédiques étaient « en cours ». L'examen de l'épaule droite avait mis en évidence un acromion avec un bec agressif pouvant être à l'origine de la tendinopathie sous-acromiale et une petite fissure du sus-épineux qui avait été minimisée.

g. Par avis du 21 mars 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'assurée souffrait d'un trouble anxieux généralisé depuis le début de l'âge adulte et d'une incapacité de travail complète dès septembre 2012 dans son activité habituelle, mais d'une capacité entière dans une activité adaptée (pas de travail en milieu à rendement important, pas de travail avec d'importants contacts interpersonnels). Le début de l'aptitude à la réadaptation remontait à juillet 2014.

h. Dans un rapport du 28 avril 2017, le Dr E_____ a noté une aggravation des douleurs polyarticulaires et une arthrite de la cheville gauche, tuméfiée, s'étant résolue spontanément.

i. Interpellé par l'OAI, le Dr E_____ a indiqué par pli du 23 mai 2017 suivre l'assurée chez laquelle une symptomatologie de polyarthrite rhumatoïde avait été révélée. Il avait introduit un traitement de PLAQUENIL. L'assurée avait, dès mi-2016, une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

j. Par formulaire du 12 juin 2017, ce médecin a précisé que l'activité habituelle était encore exigible à 50% « en adaptation professionnelle », le rendement réduit de 50%. Dans une activité adaptée (adaptation à l'effort et à la position, soit pas d'activité uniquement debout ou de marche en terrain irrégulier, pas d'activité dans lesquelles il faut se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, être accroupi, à genoux, soulever ou porter des charges de plus de 3 ou 4 kg, monter une échelle, un échafaudage ou un escalier), il n'existait pas de limitation, dès mai 2017. La capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation n'était pas limitée. La résistance était limitée en raison de la fatigue.

k. Le 26 septembre 2018, le Dr E_____ a ajouté que depuis l'introduction du traitement de PLAQUENIL, sa patiente n'avait plus de poussée d'arthrite. Il ne constatait pas de déficit fonctionnel, mais sa patiente ressentait des douleurs des hanches et des pieds en position debout et lors de déplacements fréquents ou lors de stations debout répétitives. Pour un travail de nettoyage ou répétitif en usine, la capacité de sa patiente était de 50%, mais pour un travail de bureau, de classement sans port de charges lourdes et sans stress, la patiente pouvait avoir une capacité de travail de 75 à 100%. Une réadaptation professionnelle dans le domaine bureautique était nécessaire.

l. Le 29 octobre 2018, la Dre D_____ a fourni des renseignements complémentaires au SMR dans lesquels elle rappelait les diagnostics de trouble de la personnalité dépendante et évitante F60.7 et F60.6, trouble anxieux généralisé

F41.1, et ajoutait le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission complète F32.6. Les diagnostics de fibromyalgie et de polyarthrite rhumatoïde avaient également été posés depuis le dernier rapport du SMR. Sa patiente avait également des problèmes ophtalmologiques. Elle avait fait deux stages en informatique (un stage d'un mois fin décembre 2017 et un autre d'octobre à décembre 2018) lors desquels elle avait ressenti les mêmes difficultés que dans ses postes de travail, des difficultés de concentration, de mémoire et de gestion du stress et une fatigabilité psychique. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès 2012, mais elle était entière dans une activité adaptée dès juillet 2014.

m. Le 5 novembre 2018, le docteur F_____, médecin traitant de l'assurée, spécialisée en médecine interne, a indiqué à l'OAI que les diagnostics incapacitants étaient la polyarthrite rhumatoïde et l'état anxio-dépressif. Sa patiente pouvait exercer une activité adaptée à son état de santé à 80%, selon l'évolution des douleurs.

n. Le 18 avril 2019, l'OAI a donné mandat à son médecin-conseil au sein du SMR de déterminer compte tenu du nouveau diagnostic de polyarthrite rhumatoïde et de l'opération de l'œil pour anisométropie subie par l'assurée, si son appréciation du 21 mars 2017 était modifiée.

o. Le 2 mai 2019, l'OAI a reçu copie d'un rapport établi par la neurologue G_____ et la psychologue H_____ au sujet de l'assurée. En conclusion de leur examen, ces praticiennes indiquaient que chez cette patiente orientée, collaborante et très appliquée, l'évaluation neuropsychologique avait montré une lenteur à la plupart des épreuves chronométrées (papier crayon et informatisées) avec un profil de performance qui semblait indiquer que la patiente privilégiait l'exactitude de ses réponses au détriment de la vitesse. Toutes les autres fonctions cognitives testées, y compris la mémoire épisodique, étaient préservées compte tenu de l'âge et du niveau socio-professionnel. À ce tableau cognitif s'ajoutait une composante thymique qui participait probablement à la lenteur, mais qui ne l'expliquait pas en totalité, celle-ci semblant être présente depuis toujours chez cette patiente au vu de son anamnèse professionnelle.

p. Le 6 juin 2019, le SMR a prononcé un nouvel avis sur la base de l'avis des médecins traitants E_____ et D_____, dans lequel il retenait une incapacité de travail de 100% durable dès novembre 2012, mais une capacité exigible à 100% dans une activité adaptée dès juillet 2014.

q. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité à 11.20% le 7 juin 2019 en retenant un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 54'522.- et un revenu avec invalidité de CHF 48'414.-, soit une perte de revenu de CHF 6'108.- équivalant au taux d'invalidité de 11.20%.

B. **a.** Dans un projet de décision du 7 juin 2019, lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui

refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, le taux d'invalidité de 11.2% n'ouvrant pas le droit à ces prestations.

b. L'assurée, par la plume de son conseil, a fait opposition le 1er juillet 2019 et complété celle-ci le 31 juillet 2019. À l'appui de son opposition, un nouveau rapport de la Dre D_____ daté du 24 juin 2019 a été produit. Selon cette médecin, l'assurée avait fait une rechute dépressive avec aggravation de ses douleurs polyarthritiques et fibromyalgiques dans un contexte de stress dans la vie privée et professionnelle depuis deux mois. La psychiatre avait été trop optimiste en retenant que sa patiente avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec des mesures de réadaptation.

c. L'OAI a sollicité une détermination du SMR lequel a indiqué qu'une aggravation était possible, mais qu'il n'avait pas assez d'éléments pour le conclure. Le SMR a préconisé une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique que l'OAI a confié aux docteurs I_____, rhumatologue, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, au sein du Swiss Medical Expertise à Neuchâtel.

d. L'assurée a été examinée le 28 juillet 2020, successivement par les deux experts lesquels ont rendu leur expertise le 10 février 2021. Les experts n'ont pas retenu, à l'issue de leur appréciation médicale interdisciplinaire, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde active au vu de l'évolution de l'état de santé de l'assurée, de l'examen somatique réalisé lors de l'expertise (pas d'atteinte symétrique bilatérale ou d'atteinte de nombreuses articulations) et des tests sanguins (les facteurs rhumatoïdes et les anticorps anti-CCP étaient négatifs, absence de syndrome inflammatoire biologique). Ils ont retenu celui de fibromyalgie, mais l'ont jugé non incapacitant, et le diagnostic de syndrome lombaire banal avec une incidence sur la capacité de travail. Du point de vue psychiatrique, ils ont retenu le diagnostic de personnalité anxieuse (évitante) F60.6, mais exclu d'autres pathologies psychiatriques actives. L'atteinte à la santé a été jugée légère. D'un point de vue psychiatrique, les experts ont retenu les mêmes limitations que le Dr E_____ à l'exception du port de charges pouvant aller selon ce dernier jusqu'à 3 à 4 kg, alors qu'il pouvait aller jusqu'à 5 kg selon les experts. Du point de vue psychiatrique, le fonctionnement en lien avec une personnalité évitante était compatible avec des limitations fonctionnelles en rapport avec des exigences de rentabilité ou de résultat trop importantes, donc une vulnérabilité certaine au stress, de même que les pressions qui pourraient être exercées par une hiérarchie ou un milieu professionnel non soutenant ou dénigrant. Il fallait prendre en compte la lenteur visiblement présente depuis le jeune âge chez l'assurée et qui n'était pas en lien avec une pathologie psychiatrique. L'assurée n'avait pas signalé de limitations fonctionnelles rattachées à la problématique psychiatrique. Elle se plaignait de ne pas avoir de travail et d'être lente, mais ne souffrait pas d'angoisse lorsqu'elle pouvait aller à son rythme. L'assurée était cohérente et les experts n'ont pas relevé d'exagération ou de simulation. Sa capacité de travail était de 0%

dès le 23 novembre 2013 d'un point de vue psychiatrique et également de 0% d'un point de vue rhumatologique jusqu'à présent. Dans une activité adaptée en revanche, les experts retenaient une pleine capacité de travail dès le 1er mai 2013 à teneur des éléments actuels du dossier (l'assurée ayant repris son activité professionnelle le 1er mai 2013 et jusqu'en juillet 2016) et depuis toujours d'un point de vue rhumatologique.

e. Dans la partie de l'expertise psychiatrique, la performance de l'assurée était jugée réduite de 20% du fait de sa lenteur, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée étant indiquée.

f. L'OAI a sollicité un complément d'explication des experts lesquels devaient indiquer sur le plan psychiatrique la capacité de travail dans le marché de l'économie libre (capacité est-elle de 100% ? a-t-elle un trouble de la personnalité non décompensé ? quelle serait la perte de rendement ?), et sur le plan rhumatologique, l'OAI voulait savoir s'il existait un léger syndrome de dysbalance musculaire ou s'il fallait considérer que les limitations fonctionnelles relevées étaient la conséquence de la fibromyalgie.

g. Les experts ont exposé que la lenteur n'était pas à rattacher à une pathologie psychiatrique et n'avait pas empêché l'assurée d'occuper un emploi dans le domaine du nettoyage de 2001 à 2006, puis durant respectivement 4 ans, 1 an et 2 ans. La durée des emplois dans lesquels l'assurée avait su se maintenir devait faire relativiser l'impact de la lenteur. L'assurée était capable de travailler dans une chaîne de production comme elle l'avait fait chez B_____ d'un point de vue psychiatrique. Il n'y avait en outre pas de décompensation du trouble de la personnalité, dans la mesure où l'anxiété décrite par l'assurée était en lien avec son avenir professionnel, l'assurée se décrivant en outre plus détendue depuis 2017. Ses variations d'humeur étaient en rapport avec des événements de la vie et l'état de tension était variable d'un jour à l'autre. L'assurée n'avait enfin pas décrit de trouble neurovégétatif permanent (alors que ce trouble est présent de manière permanente dans le cas d'une anxiété généralisée), ni de tension motrice ou d'atteinte craintive anticipant des malheurs. Sur le plan rhumatologique, il avait été difficile d'identifier l'étiologie exacte des plaintes et des douleurs rapportées lors du port de charges ou de sollicitation du rachis, lors de l'examen. Outre le syndrome lombaire banal sur léger syndrome de dysbalance musculaire, il avait été retenu « un diagnostic de fibromyalgie objectivée par un score de Wolfe positif », mais en terme d'indicateurs standards selon la jurisprudence de 2015, le complexe « degré de gravité fonctionnelle » n'était pas respecté, notamment en raison de plusieurs motifs d'exclusion présents : il existait une divergence entre les douleurs décrites aux genoux, aux hanches, aux doigts, aux épaules, aux fesses (qui étaient donc imputées à la fibromyalgie) et le comportement de la personne assurée qui n'avait montré aucune manifestation douloureuse lors de l'entretien et de l'examen des membres supérieurs et inférieurs. Il existait également une caractérisation des douleurs assez vague

lorsqu'elle disait à l'expert qu'il s'agissait de douleurs diffuses, baladeuses. Pour le complexe « cohérence », la personne assurée expliquait avoir des douleurs aux épaules « des douleurs un peu partout » et ajoutait « ne pas arriver à faire tout ce qu'elle voulait dans son quotidien », mais n'arrivait pas à expliquer concrètement les limitations rencontrées dans sa vie quotidienne. Elle arrivait à passer l'aspirateur, à se promener au parc, à préparer ses repas, à faire les tâches ménagères habituelles. Pour ces raisons, le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas pu être retenu comme diagnostic incapacitant au sens médico-théorique. Au total, les seules limitations retenues à l'aune de l'ensemble de l'anamnèse et de l'examen clinique et qui nécessitaient l'intervention des sœurs de la personne assurée étaient le port de charges lourdes et une sollicitation importante du rachis lors de certaines tâches ménagères. Il était donc considéré que, médico-théoriquement, les limitations fonctionnelles retenues étaient bien la conséquence du syndrome lombaire banal sur léger syndrome de dysbalance musculaire, bien qu'il était probable que le syndrome fibromyalgique sous-jacent contribuait partiellement aux limitations fonctionnelles du rachis.

h. Le SMR a donné un avis final le 19 mai 2021 dans lequel il a tout d'abord rappelé que l'assurée était suivie depuis 2012 par la psychiatre D_____, laquelle avait, dans son rapport médical reçu le 26 novembre 2018, confirmé une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dès juillet 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Elle listait ensuite les éléments suivants : fatigabilité psychique, physique et émotionnelle, exténuation émotive, vulnérabilité au stress et à l'état dépressif, extrême timidité ou anxiété face à des situations sociales ou professionnelles, auto dévalorisation de sa propre personne, méfiance envers les autres, ralentissement psychomoteur, trouble de la concentration, difficulté de mémorisation. L'assurée était prise en charge sur le plan rhumatologique depuis mi-2016 par le Dr E_____, pour une polyarthrite rhumatoïde avec facteurs rhumatoïdes positifs, traitée par PLAQUENIL 200 mg/j. En octobre 2018, le spécialiste estimait que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles « pas de port de charges, pas de mouvement répétitif des bras, pas d'escaliers, travail sans stress, pas de station debout répétitive, pas de déplacements fréquents ». Sur ces éléments, l'OAI avait refusé d'allouer une rente ou des mesures professionnelles, l'invalidité n'étant pas suffisante (11.2%). L'opposition de l'assurée au refus de prestations s'était dès lors fondée sur un nouveau rapport médical de la Dre D_____, reçu le 6 août 2019, dans lequel cette dernière relevait une détérioration de la santé psychique de sa patiente depuis deux mois (soit depuis mai 2019) par rechute dépressive en lien avec l'aggravation des douleurs polyarthritiques et fibromyalgiques (décrites par le rhumatologue traitant). Elle indiquait avoir surestimé la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à 100%. L'assurée bénéficiait d'un soutien psychothérapeutique intensif et une adaptation du traitement antidépresseur par Brindellix 15 mg/j. La Dre D_____ retenait désormais un trouble dépressif

récurrent épisode actuel moyen à sévère. Au vu de ces éléments, le SMR avait préconisé d'ordonner une expertise. En se fondant sur l'expertise et les réponses complémentaires données par les experts, le SMR a conclu que les atteintes incapacitantes étaient une réaction mixte anxio-dépressive chez une assurée présentant une personnalité anxieuse (évitante) et un syndrome de dysbalance musculaire (646/10). L'incapacité de travail à 100% avait débuté le 23 décembre 2012, la capacité de travail dans la restauration était de 0% dès la même date, en revanche l'activité d'ouvrière dans une chaîne de production chez B_____ était adaptée à 100% dès le 1er mai 2013, date retenue comme date du début de l'aptitude à la réadaptation. À titre de limitations fonctionnelles, le SMR indiquait que l'activité devait alterner les positions assisse/debout et limiter le port de charges à 5 kg. Devaient être évités le travail en position agenouillée, celui impliquant de monter des escaliers ou des échafaudages, tout travail surchargeant le rachis et tout travail avec les bras en l'air. « La lenteur d'exécution pouvait être source d'anxiété ».

i. Par décision du 20 mai 2021, l'OAI a refusé à l'assurée les prestations (rente et mesures professionnelles), au motif que cette dernière bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er mai 2013. Sa perte de gain s'élevait à CHF 7'398.- (CHF 54'012.- (sans invalidité) – CHF 46'614.- (avec invalidité) ; soit CHF 7'398.-) et son taux d'invalidité à 13.70%.

C. **a.** Par acte du 21 juin 2021, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours contre cette décision en concluant à son annulation, au constat de son invalidité à 100% dès le 13 juillet 2016 et à l'allocation d'une rente entière dès le 1er janvier 2017. Faute d'avoir pu consulter le dossier, l'avocat a sollicité de pouvoir compléter son recours, ce qui lui a été accordé au 25 août, puis au 15 octobre 2021.

b. Par acte du 14 juillet 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à sa décision.

c. Par acte du 15 octobre 2021, l'assurée, sous la plume de son conseil, a complété son recours afin d'exposer ses griefs à l'encontre de la décision attaquée. Il n'existait pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son avis du 6 juin 2019 sur la base des avis des Dre D_____ et E_____ (consid. B.h supra). Était rappelée l'énumération des limitations mentionnées par la Dre D_____ ainsi « fatigabilité psychique, physique et émotionnelle, exténuation émotive, vulnérabilité au stress et à l'état dépressif, extrême timidité ou anxiété face à des situations sociales ou professionnelles, auto dévalorisation de sa propre personne, méfiance envers les autres, ralentissement psychomoteur, trouble de la concentration, difficulté de mémorisation ». La Dre D_____ avait dans un premier temps estimé que sa patiente avait une capacité de 100% dans une activité adaptée moyennant des mesures d'orientation professionnelle, de reclassement et d'aide au placement. Elle avait pris une approche optimiste conforme à l'objectif thérapeutique. Elle avait en revanche

établi un rapport en date du 24 juin 2019 mentionnant une rechute dépressive depuis mai 2019 et en ajoutant le diagnostic de trouble anxieux généralisé et de trouble dépressif récurrent épisode alors moyen à sévère. L'assurée s'estimait ainsi totalement invalide et requérait une rente. Elle sollicitait subsidiairement des mesures d'orientation professionnelle, un reclassement et un soutien actif dans la recherche d'emploi.

d. Par acte du 9 novembre 2021, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

e. Le 6 décembre 2021, la psychiatre traitante a spontanément indiqué à la chambre de céans qu'elle rejoignait l'expert psychiatre en tant qu'il retenait que l'activité habituelle était impossible au vu du diagnostic incapacitant de personnalité anxieuse (évitante) F60.6 et de la lenteur pour l'exécution des tâches (avec un profil privilégiant la précision à la vitesse). Elle ne le rejoignait pas en revanche lorsqu'il estimait que l'assurée pouvait réinvestir une activité adaptée non soumise à des impératifs de rentabilité et de vitesse dans un milieu du travail bienveillant et renforçant, dans la mesure où selon elle il n'existait pas de tel travail sauf en atelier protégé. La lenteur de l'assurée était source de forte anxiété. Quand la patiente était confrontée à un milieu professionnel où la vitesse, pour des raisons de rentabilité, était nécessaire, elle décompensait en un mode anxieux et dépressif comme son histoire professionnelle et clinique l'avait démontré. L'expert (recte : le médecin-conseil du SMR) considérait que l'activité dans une chaîne de production comme chez B_____ était possible à 100%. Sur ce point, la Dre D_____ indiquait avoir pris contact avec l'ex-employeur qui avait indiqué ne pas pouvoir employer à nouveau l'assurée laquelle n'offrait pas une rentabilité suffisante en raison de sa lenteur. Alors qu'elle travaillait chez B_____, l'assurée n'arrivait pas à suivre le rythme, ce qui générait chez elle beaucoup de stress et lui faisait perdre ses moyens.

f. Le 14 décembre 2021, l'assurée a appuyé les explications fournies par la Dre D_____ et réitéré ses conclusions.

g. Le 13 janvier 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions.

h. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

3.1 Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3.2 Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

4.2 En l'occurrence, la décision querellée du 20 mai 2021 a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté par ailleurs dans la forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est par conséquent recevable.

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente et subsidiairement à des mesures professionnelles, de reclassement et un soutien actif dans la recherche d'emploi.

7. 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 1er janvier 2008).

8. 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.

8.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

8.2 Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

10. 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).

10.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des

preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

10.2 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.

10.2.1 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10.2.2 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 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).

10.2.3 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).

10.2.4 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

11. 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).

12. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique pour considérer que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er mai 2013.

12.1 Sur le plan somatique, les avis du rhumatologue traitant et celui de l'expert convergent quant aux limitations fonctionnelles à l'exception du port de charges que le médecin traitant limite à 3 ou 4 kg et l'expert à 5 kg. Leurs avis convergent également quant à la capacité de travail retenu sur le plan rhumatologique, soit une capacité pleine dans une activité adaptée aux limitations retenues. Les plaintes de la recourante, peu spécifiques, n'ont pas été ignorées, mais au contraire prises en compte dans l'analyse des limitations et de la capacité de reprendre l'activité habituelle - qui a été niée -, de sorte que les éléments médicaux au dossier conduisent la chambre de céans à retenir que d'un point de vue somatique,

l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis toujours, l'expertise allant dans ce sens étant convaincante et conforme dans une large mesure aux divers rapports établis par le rhumatologue traitant.

12.2 Sur le plan psychiatrique, l'expert a examiné la recourante, les éléments médicaux au dossier dont les avis de la psychiatre traitante, pris en compte les plaintes de la recourante, dressé une anamnèse complète mentionnant tant la situation personnelle que professionnelle avant d'exposer pourquoi le trouble dépressif n'est plus actif et les raisons pour lesquelles il ne retenait pas d'anxiété généralisée. L'avis contraire de la psychiatre traitante ne saurait dans le cas d'espèce faire douter des diagnostics incapacitants retenus par l'expert au moment de l'expertise, soit en 2021. En effet, les éléments au dossier, postérieurs à l'expertise, ne mettent pas en évidence de trouble dépressif actif, mais relèvent que la recourante souffre d'anxiété. Par ailleurs, tant l'expert que les Dres G_____ et H_____, consultées par la recourante, ont constaté que la capacité de travail de cette dernière était altérée par la lenteur dans l'exécution des tâches laquelle était présente depuis toujours, alors que toutes les autres fonctions cognitives, dont la mémoire et la capacité de concentration, étaient préservées (consid. B.o supra). Cette lenteur n'étant pas le résultat d'une atteinte pathologique, elle ne peut justifier un diagnostic incapacitant. L'état d'anxiété généralisé à l'instar du trouble dépressif mentionnés par la psychiatre traitante n'ont pas pu être retenus par l'expert compte tenu en particulier des plaintes et explications fournies par la recourante et de l'examen de cette dernière. L'expert n'a cependant pas ignoré que la recourante souffrait d'anxiété et en a tenu compte pour considérer que seule une activité sans stress et sans exigence de rapidité qui cause l'anxiété chez la recourante pouvait être exercée. La psychiatre traitante avait en outre elle-même exposé à plusieurs reprises que sa patiente avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans stress ni exigence de rapidité. Le fait qu'elle ait nuancé ses propos qu'elle jugeait trop optimistes en fin de procédure ne saurait suffire à nier les conclusions de l'expert rendues en 2021 et fondées notamment sur un examen complet du dossier et un examen de l'expertisée, dont le rapport est conforme aux réquisits jurisprudentiels. Les propos optimistes de la psychiatre traitante allaient de pair avec le fait que cette dernière jugeait une réadaptation possible, afin que sa patiente reprenne une activité adaptée. L'on peine dès lors à comprendre son revirement sans élément objectivement vérifiable. L'ensemble des éléments exposés par la psychiatre tendent au contraire à confirmer que la recourante jouit d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à l'instar de l'avis de l'expert. Enfin, le fait que la psychiatre traitante ait mentionné une aggravation du trouble dépressif entre mai et juillet 2019 ne suffit pas à remettre en cause une expertise réalisée postérieurement sur une expertisée qui ne rapportait alors aucun élément en faveur d'un épisode dépressif encore actif.

Eu égard à ce qui précède, les conclusions de l'expert s'imposent comme pleinement probantes.

12.3 Le fait que le SMR ait demandé aux experts de répondre à des questions supplémentaires après réception de l'expertise a permis auxdits experts de confirmer leur conclusion quant à la capacité de travail qu'ils jugeaient entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles relevées également par le rhumatologue traitant de la recourante. S'il est vrai que l'expert psychiatre avait mentionné une perte de rendement de 20%, il faut rappeler que celle-ci était en lien avec la lenteur de l'expertisée, élément qui n'est pas pertinent au regard de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où cet élément n'est pas d'origine pathologique, l'intimé ne pouvait en tenir compte dans l'examen de l'invalidité.

Eu égard à ce qui précède, force est de constater que la recourante jouit d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sur le plan rhumatologique : pas d'activité uniquement debout ou de marche en terrain irrégulier, pas d'activités dans lesquelles il faut se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, être accroupi, à genoux, soulever ou porter des charges de plus de 3 ou 4 kg, monter une échelle, un échafaudage ou un escalier ; et sur le plan psychique : activité exempte d'exigence de vitesse et de rendement) dès le 1er mai 2013 (date à laquelle elle avait repris son activité professionnelle après un burn out).

La décision attaquée doit être confirmée sur ce point.

13. La recourante conteste l'existence d'une activité adaptée à ses nombreuses limitations fonctionnelles. L'intimé a retenu que la recourante pouvait exercer des tâches physiques ou manuelles simples en se fondant sur le tableau TA1_tirage_skill_level tous secteurs confondus (année 2012), pour une femme travaillant pour une tâche de niveau 1.

13.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

13.2 Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI

1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

13.3 D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

13.4 En l'espèce, les experts ont retenu que les atteintes physiques et psychiques étaient légères et impliquaient les limitations suivantes : sur le plan rhumatologique : pas d'activité uniquement debout ou de marche en terrain irrégulier, pas d'activité dans lesquelles il faut se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, être accroupi, à genoux soulever ou porter des charges de plus de 3 ou 4 kg, monter une échelle, un échafaudage ou un escalier, et sur le plan psychique : activité exempte d'exigence de vitesse et de rendement, de sorte que la recourante peut exercer une activité professionnelle si celle-ci respecte lesdites limitations. Les limitations liées aux atteintes somatiques et psychiques sont dès lors compatibles avec l'application du tableau TA1 pour les activités physiques ou manuelles simples, toutes activités confondues.

L'on rajoutera que sur le plan psychiatrique, l'expert n'a pas relevé de trouble psychiatrique actif. L'état anxieux couplé avec la lenteur de la recourante sont incapacitants uniquement si le profil du poste implique un impératif de vitesse. Il a relevé à juste titre que malgré sa lenteur, la recourante a pu exercer diverses activités par le passé. C'est ainsi la combinaison de l'atteinte somatique légère et du trouble anxieux, également léger, qui ont conduit les experts à retenir que la recourante était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à l'atteinte somatique et exempte d'exigence de

vitesse qui aggraverait le stress et l'anxiété de la recourante. Le fait que B_____ n'ait pas proposé de nouveau contrat à la recourante en raison de sa lenteur ne saurait suffire à considérer qu'il n'existe aucune activité compatible avec les limitations de la recourante dont les atteintes physiques et psychiques sont légères. En effet, il ressort du dossier que la recourante a été à réitérées reprises au bénéfice de contrats avec B_____ notamment entre octobre 2014 et mars 2016, en parallèle d'une activité de nettoyage qui n'est aujourd'hui plus exigible à cause de l'atteinte somatique. La recourante, qui a 55 ans, n'a pas atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral envisage, d'après les circonstances, l'éventualité qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré (ce qui est le cas dès 60 ans environ; ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 et 5.3.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_427/2010 du 14 juillet 2010 consid. 2.5, 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2). Le profil d'exigibilité retenu permet bon nombre d'activités simples qui ne nécessitent pas d'expérience ou de formation particulière. Ainsi, on ne peut conclure qu'il n'existe pas de place de travail correspondant au profil d'exigibilité sur un marché du travail équilibré.

14. Cela étant dit, au vu des limitations fonctionnelles retenues, il faut se demander si l'intimé n'aurait pas dû retenir un abattement sur le salaire avec invalidité.

14.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

14.2 Quant à l'abattement, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

14.3 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le

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

14.4 C'est le lieu de rappeler qu'un abattement n'est pas automatique, mais qu'il se justifie dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation), l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; cf. également l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.2).

14.5 De manière générale, le Tribunal fédéral a retenu les abattements suivants : de 10 à 15% en cas d'atteintes aux membres supérieurs ou au dos et entre 5 à 15% en cas d'atteinte aux membres inférieurs (IONTA, Fixation du revenu d'invalide selon l'ESS, in Jusletter du 22 octobre 2018, p. 31 et ss et les arrêts cités).

Au vu des limitations en lien avec des atteintes aux membres supérieurs, au dos et aux membres inférieurs qui requièrent de l'activité qu'elle permette d'alterner les positions assise/debout, de limiter le port de charges à 5 kg, d'éviter le travail en position agenouillée, celui impliquant de monter des escaliers ou des échafaudages, tout travail surchargeant le rachis et tout travail avec les bras en l'air, et qu'elle ne comporte pas d'impératifs de vitesse, il se justifie dans ce cas de retenir un abattement.

Cela étant, même à retenir un abattement maximal de 25%, le taux d'invalidité atteindrait 36% (salaire sans invalidité CHF 54'012.- - salaire avec invalidité (CHF 46'614.- - 25%) = CHF 19'052.-, soit 35.27%), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Cependant un taux d'invalidité de 36% permet d'envisager des mesures de reclassement, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement correspondant à une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

14.6 Lorsqu'une personne n'est plus à même d'exercer totalement ou partiellement son activité à cause de son invalidité ou en raison de la menace d'une invalidité, l'OAI assume les frais de reclassement dans une autre activité. L'assuré a ainsi droit au reclassement dans une nouvelle profession s'il est rendu nécessaire par l'invalidité et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (art. 17 al. 1 LAI).

Une telle mesure apparaît en l'occurrence nécessaire, la recourante connaissant une perte de gain au maximum de 36%.

La décision attaquée doit être annulée sur ce point.

14.7 La recourante sollicite également le droit à une mesure d'orientation professionnelle selon l'art. 15 LAI.

14.8 Cet article suppose que l'assuré est capable en lui-même de faire le choix d'une profession ou d'une nouvelle orientation professionnelle, mais que suite à la survenance d'une atteinte à la santé il en est empêché parce que les connaissances relatives aux aptitudes, capacités professionnelles et possibilités ne suffisent pas pour pouvoir faire le choix d'une profession adaptée au handicap ou d'une nouvelle orientation dans une telle profession (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 154/76 du 22 novembre 1976, consid. 2 in RCC 1977 p. 205 s.; voir aussi ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29 s.; MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd. [2010], ad Art. 15 IVG; Silvia BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, n° 595 p. 304 et n° 603 p. 307).

En l'espèce, la recourante est empêchée, pour des raisons de santé et compte tenu des limitations fonctionnelles qui l'empêchent de choisir librement sa profession, de faire le choix d'une nouvelle orientation dans une profession adaptée à son handicap. Quand bien même il existe des activités adaptées aux limitations de la recourante sur le marché du travail, force est de constater que la recourante doit trouver une activité qui respecte ses limitations dues à l'atteinte somatique et sans exigence de vitesse et de rentabilité, ce qui est une difficulté à prendre en compte selon les experts et les médecins traitants. Ces limitations restreignent le champ des activités manuelles simples possibles. Le droit à l'orientation professionnelle selon l'art. 15 LAI apparaît, dans ce cas et pour ces motifs, donné.

La décision attaquée sera annulée sur ce point et le dossier renvoyé à l'intimé pour la mise en œuvre de cette mesure.

14.9 Enfin, la recourante sollicite le droit à un soutien actif dans la recherche d'emploi au sens de l'art. 18 LAI.

14.10 Selon le texte de l'art. 18 LAI, l'incapacité de travail (même partielle) constitue la condition de base pour ouvrir droit à des mesures de placement. Il faut que celle-ci, du point de vue quantitatif, qualitatif et temporel empêche dans une mesure importante l'assuré de rechercher un emploi et que celui-ci se déclare prêt être engagé par un employeur moyen (arrêt du Tribunal fédéral 9C_594/2016 du 18 novembre 2016 consid. 3.2.). Si toutefois, la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans sa faculté de rechercher un emploi (arrêts du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 2.2 et 8C_258/2015 du 24 juin 2015 consid. 4). Une intervention de l'AI sera notamment justifiée lorsqu'il présente des limitations

telles que le mutisme, la cécité, une mobilité limitée, des troubles du comportement qui l'entravent dans sa recherche de travail (p. ex. pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité) (arrêts du Tribunal fédéral I 669/02 du 24 décembre 2002 consid. 2 et 8C_641/2015 du 12 janvier 2016 consid. 2). Lors de l'examen du droit à des mesures de placement, il ne suffit donc pas d'examiner si l'assuré présente une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession ou son domaine d'activité (art. 6, 1re phrase, LPGA), mais encore s'il présente une telle incapacité dans une activité adaptée qui peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2e phrase, LPGA). S'il présente une capacité de travail totale dans ces dernières activités, il ne peut prétendre à des mesures de placement même si son incapacité de travail est totale dans son activité antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.7).

14.11 En l'espèce, il est retenu que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que le droit au placement ne peut lui être reconnu.

14.12 Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision annulée en tant qu'elle refuse une mesure de reclassement à la recourante et le droit à l'orientation professionnelle.

14.13 La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA).

14.14 La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 20 mai 2021 en tant qu'elle refuse le droit à une mesure de reclassement et à l'orientation professionnelle à la recourante.
4. Dit que la recourante a droit à une mesure de reclassement et à l'orientation professionnelle.
5. Renvoie le dossier à l'intimé pour mettre en œuvre ces mesures.
6. Alloue des dépens de CHF 1'000.- à la recourante à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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