

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2167/2018

ATAS/1196/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 décembre 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1974, de nationalité suisse, mère de cinq enfants nés en 1993, 1999, 2001, 2003 et 2011, séparée, a exercé une activité d'auxiliaire conditionneuse et de vendeuse. Elle est assistée par l'Hospice général.
2. Le 3 mai 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
3. Un IRM cérébrale du 17 juin 2016 a conclu à une pansinusite avec un comblement total du sinus sphénoïdal à gauche.
4. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), la docteure B_____, FMH pneumologie, a indiqué le 20 juillet 2016 que l'assurée présentait un syndrome d'apnées du sommeil modéré, une dyspnée, une histoire d'asthme, un Foramen ovale perméable, une rhinopathie et du surpoids ; l'assurée allait participer à un programme de réhabilitation pulmonaire afin de réintégrer un travail adapté ; des facteurs de stress psychosocial étaient soupçonnés ; elle avait proposé un bilan psychologique et / ou un traitement antidépresseur, refusé par l'assurée.
5. Le 2 août 2016, l'OAI a retenu un statut de personne active à 100 % en faveur de l'assurée.
6. Le 12 septembre 2016, la Dre B_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis le 30 août 2013 ; la dyspnée influençait l'activité exercée ; elle ne pouvait se prononcer sur une éventuelle reprise de l'activité professionnelle ; l'assurée était limitée dans les activités en position debout, exercées en marchant, en se penchant, en s'accroupissant, en s'agenouillant ; elle ne pouvait monter sur une échelle et des escaliers ; elle ne pouvait pas se concentrer.
7. Par communication du 27 octobre 2016, l'OAI a constaté qu'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était pas possible actuellement.
8. A la demande de l'OAI, le docteur C_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Madame D_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont rendu un rapport d'expertise le 10 octobre 2017.

L'assurée se plaignait de difficultés respiratoires qui limitaient sa vie quotidienne. Le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, était celui de réaction à un facteur de stress sévère (F43.9).

Issue d'un milieu très perturbé, exposée à des abus sexuels répétés pendant son enfance et adolescence, sans soutien maternel ressenti, l'assurée avait réagi dans une fuite vers le normatif à travers le mariage et le projet d'une famille. Après avoir expérimenté un état de stress traumatique aigu au moment de l'arrestation de son père (sur dénonciation de sa sœur et non pas de l'assurée) avec tentative de suicide (dans un projet clairement établi), elle avait arrêté tout suivi psychiatrique mobilisant ses ressources dans une optique de compensation. La solution retrouvée lui avait permis de tenir différents emplois, de vivre avec un homme et d'avoir cinq

enfants, donnant ainsi l'image d'une vie normale. Elle n'avait toutefois pas été sans coût personnel important. L'insatisfaction, voire l'aversion sur le plan sexuel, l'absence de projet professionnel quelconque et la pauvreté des rapports amicaux témoignaient de ce coût qui représentait une réaction à un stress important et dévastateur vécu pendant l'enfance. L'assurée n'avait pas présenté les caractéristiques d'une modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe (hostilité, méfiance, hypervigilance, sentiment de vide et de désespoir). Elle n'avait pas actuellement une autre pathologie psychiatrique aiguë ayant un caractère invalidant. La rupture de la compensation tentée après 2008 pouvait être expliquée par la séparation d'avec le mari (malgré une nouvelle grossesse qui allait suivre). Ainsi le scénario d'adaptation normative était mis en échec, privant l'assurée de l'objectif principal visé après les abus subis. Actuellement, elle vivait dans une situation de repli malgré de bonnes capacités cognitives et une intelligence affective qui restait vive. Un suivi psychothérapeutique de type interpersonnel (centré sur le ici et maintenant) pourrait l'aider à reprendre une vie professionnelle a minima, ceci d'autant plus que l'adolescence et le départ futur de ses enfants risquaient d'induire un désarroi notable avec une possible décompensation dépressive. La capacité de travail était totale, avec un suivi psychiatrique.

9. Le 15 novembre 2017, le docteur E_____ du Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a rendu un avis concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, de 100 % dans une activité adaptée, depuis 2015, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité uniquement en position assise ou dans différentes positions, ne pas se pencher, pas de travail accroupi / à genou, ne pas monter sur une échelle / échafaudage, ne pas monter un escalier, pas de port de charges.
10. Le 5 mars 2018, la docteure F_____, du SMR, a précisé que la capacité de travail était nulle comme « ouvrier » dès 2014 mais entière dans une activité adaptée dès 2014, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité uniquement en position assise, ne pas se pencher, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de montées et descentes d'escaliers ou échafaudages et pas de port de charge de plus de 5 kg de manière répétitive.
11. Par projet de décision du 9 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le degré d'invalidité de la recourante était de 11 %, fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 54'831.- (selon l' enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), TA1, niveau 1) et un revenu d'invalidité de CHF 48'649.- (selon l'ESS 2014, TA1, femme, niveau 1, pour un horaire de travail de 41,7 heures par semaine, indexé à l'année 2015 et déduit de 10 %).
12. Le 15 avril 2018, la Dre B_____ a écrit à l'OAI qu'il convenait de requérir un deuxième avis pneumologique pour clarifier la discrédance entre les plaintes de dyspnée de l'assurée et les mesures objectivées chez elle. Possiblement, une approche chez un médecin du travail (pneumo HUG) pourrait être utile afin de

mieux déterminer les réelles capacités de l'assurée en vue d'une éventuelle reprise de travail dans le futur.

13. Le 17 mai 2018, la Dre F_____ a maintenu ses conclusions du 5 mars 2018.
14. Par décision du 22 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. L'OAI a précisé que le degré d'invalidité de 11 % n'atteignait pas le seuil minimum pour avoir le droit à une rente d'invalidité ou à une mesure de reclassement.
15. Le 15 juin 2018, la docteure G_____ a effectué un résumé de l'état de santé de l'assurée comme suit : « La patiente se plaint de douleurs abdominales dont l'origine reste à ce jour indéterminée. Les crises sont violentes et très invalidantes, mais malgré plusieurs examens complémentaires et interventions chirurgicales, pas d'amélioration. Colopathie fonctionnelle ? Chirurgie de parotidectomie partielle G sur adénome (2016). Récemment une douleur aiguë de l'épaule droite sur tendinopathie calcifiante du sus-épineux avec rupture partielle et bursite, chez une droitrière. Asthme aigu et syndrome d'apnée du sommeil. Nécessite une CPAP ». Ce document a été transmis à l'OAI le 19 juin 2018.
16. A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué le 22 juin 2018 qu'elle entendait s'opposer à la décision du 22 mai 2018. Elle a adressé ce courrier à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a enregistré un recours.
17. Le 17 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le rapport de la Dre G_____ ne faisait état d'aucun élément médical objectivé.
18. Le 15 août 2018, l'assurée a répliqué en indiquant ne pas comprendre la décision de refus, étant handicapée dans sa vie de tous les jours, sans pouvoir marcher même quelques minutes, sans pouvoir lever son bras pour se coiffer et cela malgré les traitements médicamenteux et la physiothérapie ; un métier possible n'avait en outre pas été indiqué par l'OAI.
19. Le 17 septembre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « J'ai des problèmes à la marche car je suis très vite essoufflée. J'ai également une lésion à l'épaule droite et je dois être prochainement opérée. J'ai rendez-vous pour une consultation à l'Hôpital de la Tour pour en discuter. Actuellement je fais de la physiothérapie. J'ai aussi des maux de ventre qui apparemment sont dus à un filet que l'on m'a posé en 2011 dans le ventre suite à une hernie. Les médecins ne veulent toutefois pas me réopérer car c'est trop risqué. Je peux rester parfois deux à trois semaine sans douleur abdominale et parfois, quand elles surviennent, elles peuvent durer trois à quatre jours.

Je ne pourrais pas travailler à 100 % en raison de l'essoufflement mais je pense que je pourrais effectuer un travail qui ne me demande pas de déplacement. Je vis avec trois de mes enfants.

Les enfants m'aident dans les tâches ménagères, telles que passer l'aspirateur, la pannes. Ils m'accompagnent aussi pour faire les courses. C'est moi qui m'occupe des repas.

J'ai été soumise à une expertise, j'ai eu deux entretiens, le premier s'est déroulé en présence d'une dame, et le deuxième de cette même dame ainsi que d'un monsieur. J'ai été filmée lors du deuxième entretien. Les entretiens ont duré de trente à quarante minutes chacun.

Je consulte la Dre G_____ dès que j'ai un problème. Je suis aussi suivie par la Dre B_____, lequel me prescrit un traitement médicamenteux ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Nous avons demandé des avis médicaux complémentaires au HUG, aux Drs G_____ et B_____ ».

20. Le 12 octobre 2018, la recourante, représentée par son avocat, a complété son recours en faisant valoir qu'elle présentait des problèmes d'asthme, de dyspnée, de sinusite et de céphalées migraineuses, limitant fortement sa capacité de travail et ses activités quotidiennes ; par ailleurs, un abattement d'au moins 20 % aurait dû être pris en compte sur le revenu d'invalidité, sa diminution de rendement étant considérable ; elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

Elle a communiqué :

- Un rapport du 9 mars 2018 du docteur H_____, FMH oto-rhino-laryngologie, attestant de plaintes de céphalées depuis environ six mois et d'une sinusite sphénoïdale et proposant une intervention chirurgicale sinusienne.
- Un rapport du 2 septembre 2018 de la Dre B_____ attestant de diagnostics de dyspnée NYHA III, mMRC, actuellement de degré variable 1 – 3, d'histoire d'asthme, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil modéré, de foramen ovale perméable, de sinusite chronique et de surpoids ; la situation était assez stable du point de vue respiratoire, avec persistance de peine à respirer de degré variable ; elle avait requis un second avis pneumologique pour clarifier la discrédance entre les plaintes subjectives de dyspnée et les mesure qu'elle-même avait objectivées ; l'assurée souhaitait réessayer de travailler ; vu la longue durée sans travail, elle n'était pas certaine si une réintégration dans un travail adapté allait réussir. Elle soutiendrait tout à fait toute démarche possible de former l'assurée. A son avis, une évaluation dans un centre professionnel, par exemple Pro Genève, serait indiquée afin de mieux caractériser les possibilités de l'assurée.
- Un rapport du 11 septembre 2018 du docteur I_____, médecin adjoint au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, attestant d'une impression de rhino-sinusite et céphalées chroniques ; il demandait au docteur J_____, FMH neurologie, un avis concernant la composante migraineuse des céphalées, avant de décider une nouvelle intervention sinusienne.

21. A la demande de la chambre de céans, la Dre B_____ a indiqué le 22 octobre 2018 qu'elle avait constaté une discrédance entre les mesures objectivées et les plaintes, que le test d'effort effectué par le Dr J_____ avait confirmé une capacité physique dans la norme et des fonctions pulmonaires seulement légèrement diminuées, ceci possiblement lié au tabagisme, qu'une activité adaptée était possible à 50 % (néanmoins un autre avis pneumologique était à considérer) pour débiter et juger de l'adaptation, ceci au vu de la longue période d'inactivité, qu'il existait une discrédance entre les plaintes et les mesures objectivées, de sorte qu'un avis pneumologique paraissait indiqué, tout comme un soutien psychologique, voire une réintégration par le biais d'une entreprise comme Pro Genève. Elle a joint un rapport de CT-Scan thoracique du 6 septembre 2013 montrant une éventuelle hypertension pulmonaire.
22. A la demande de la chambre de céans, la Dre G_____ a indiqué le 23 octobre 2018 que l'assurée présentait de multiples plaintes ne limitant pas la capacité de travail telle qu'énoncée par le SMR dans son avis du 5 mars 2018, que l'état de santé somatique de l'assurée ne contre-indiquait pas l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, selon les restrictions énumérées par le SMR. Un soutien psychologique serait souhaitable bien que l'assurée n'en éprouvait pas le besoin (maman d'une grande fratrie, beaucoup de charge émotionnelle). L'asthme était stable et non décompensé. Les douleurs multiples avaient été bilantées aux HUG sans qu'un diagnostic clair n'ait pu être établi. Elle se posait la question d'un trouble fonctionnel.
23. Le 9 novembre 2018, le Dr K_____ du SMR a rendu un avis selon lequel la Dre B_____ préconisait une reprise de travail et que la limitation du taux d'activité à 50 % relevait de facteurs qui n'étaient pas du ressort de l'AI. L'hypertension pulmonaire avait été infirmée par un cathétérisme du cœur droit de décembre 2013 ; la Dre G_____ confirmait une capacité de travail dans une activité adaptée ; la rhinosinusite était une pathologie banale et les céphalées n'étaient pas liées à cette pathologie. Le SMR maintenait ses conclusions.
24. Le 13 novembre 2018, l'OAI s'est rallié aux conclusions du SMR et a relevé qu'un abattement supérieur à 10 % n'était pas justifié.
25. Le 30 novembre 2018, la recourante a observé que, selon la Dre B_____, une reprise de travail n'était possible qu'à 50 %, avec un second avis pneumologique et un soutien psychologique, de sorte que l'évaluation de l'atteinte à la santé pour déterminer le taux d'invalidité, comme le taux de l'abattement, était à reconsidérer.
26. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des

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

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

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

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

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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).

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

6. Selon 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. 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

7. 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 LPGGA. 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).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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

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

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

f. 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. 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).

9. 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).

10. a. 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).

b. Un taux d'invalidité inférieur à 20 % est insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement professionnel (ATF 139 V 399 consid. 5.3 p. 403)

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

b. 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 (Cst, RS 101; 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).

12. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 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).

13. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).
14. a. En l'occurrence, l'intimé considère que la recourante présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit en position assise, sans se pencher, sans travail accroupi ou à genoux, sans montée et descente d'escaliers ou échafaudages, et sans port de charge de plus de 5 kg (avis du SMR du 5 mars 2018).

La recourante estime que sa capacité de travail est limitée, même dans une activité adaptée, de sorte qu'elle a droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

b. Du point de vue psychiatrique, la recourante a été soumise à une expertise diligentée par le Dr C_____, et Mme D_____, lesquels ont conclu à l'absence de diagnostic incapacitant. La recourante ne conteste pas les conclusions de ce rapport.

Du point de vue somatique, les renseignements obtenus auprès des médecins traitants vont dans le sens des conclusions du SMR, soit une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, la Dre B_____ a relevé une discrédance entre les mesures objectivées et les plaintes de la recourante, une capacité physique dans la norme, des fonctions pulmonaires sans syndrome obstructif ou restrictif ; elle a ensuite estimé qu'une

activité physique était possible et a préconisé une activité d'abord à 50 %, au vu de la longue période d'inactivité mais non pas en raison de limitations somatiques (avis de la Dre B_____ du 22 octobre 2018).

Quant à la Dre G_____, elle a clairement indiqué que l'état de santé somatique de la recourante ne contre-indiquait pas l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, telle que décrite par le SMR (avis de la Dre G_____ du 23 octobre 2018).

En outre, aucun autre avis médical au dossier n'atteste d'affections somatiques incapacitantes.

Enfin, la recourante admet elle-même qu'elle pourrait effectuer un travail ne nécessitant pas de déplacements (procès-verbal d'audience du 17 septembre 2018).

En conséquence, la recourante doit être reconnue capable d'exercer une activité lucrative à 100 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

15. La recourante conteste le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé, singulièrement le taux de l'abattement appliqué au revenu d'invalidité issu de l'ESS 2014, au motif qu'elle subit une diminution de rendement.

A cet égard, l'intimé, en procédant à un abattement de 10 %, a pris en compte les limitations fonctionnelles de la recourante (détermination du degré d'invalidité de l'OAI du 24 novembre 2017), de sorte qu'il ne se justifie pas d'augmenter le taux de l'abattement, étant relevé, d'une part, que la recourante ne présente aucune diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'autre part, qu'aucun autre critère, justifiant un taux d'abattement plus important, n'entre en ligne de compte.

Il convient, en conséquence, de confirmer le degré d'invalidité de 11 % fixé par l'intimé. Un tel degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une mesure de reclassement. La décision litigieuse ne peut qu'être confirmée sur ce point.

L'intimé ne s'est toutefois pas prononcé sur une mesure de réadaptation autre que le reclassement. Or, une orientation professionnelle pourrait être utile, la recourante étant incapable d'exercer son ancienne activité et ayant été éloignée du marché du travail depuis plusieurs années. Par ailleurs, la recourante estime qu'elle est capable d'exercer une activité sans déplacements (procès-verbal d'audience du 17 septembre 2018), de sorte que l'aptitude subjective paraît donnée.

Enfin, le seuil minimum de 20 % du degré d'invalidité ne s'applique qu'aux mesures de reclassement, de sorte que le degré d'invalidité de 11 % n'est, en principe, pas un obstacle à l'octroi d'une autre mesure d'ordre professionnel (à cet égard ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016).

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle refuse à la recourante toute mesure professionnelle ; la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il examine si la recourante peut être mise au

bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel, telle qu'une orientation professionnelle.

16. La recourante obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. En revanche, il convient de renoncer à la perception d'un émolument mis à la charge de la recourante, celle-ci étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 RFPA).

**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 de l'intimé du 22 mai 2018 en tant qu'elle refuse toute mesure professionnelle.
4. La confirme pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
6. Alloue une indemnité à la recourante de CHF 1'000.-, à charge de l'OAI.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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