

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2417/2019

ATAS/1107/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 novembre 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à CAROUGE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1970, assistante parentale pour la Fondation B_____ à raison de 30 heures par semaine depuis 2008, a déposé le 8 novembre 2018 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en invoquant une incapacité de travail du 1^{er} octobre au 15 décembre 2017 puis à compter du 23 juillet 2018 en raison d'une toxicomanie présente depuis 1993 et d'un syndrome du QT long observé depuis 2013 (maladie qui se caractérise par des anomalies électriques sur l'électrocardiogramme, ainsi que par un risque d'arythmie ventriculaire, de syncope et d'arrêt cardiaque ; la structure et le fonctionnement du muscle cardiaque sont normaux) et ayant entraîné plusieurs malaises. Ont également été mentionnés une thrombose et des problèmes circulatoires depuis 2018.
2. Ont été versés à son dossier, notamment :
 - un avis de sortie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG) du 30 juillet 2018 après une hospitalisation pour QT long dans un contexte de substitution par méthadone ;
 - différents certificats d'arrêt de travail délivrés par le docteur C_____, médecin praticien FMH et médecin traitant ;
 - un rapport de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en cardiologie, rédigé en novembre 2018, concluant à un QT long, à des extrasystoles ventriculaires isolées, à l'absence de cardiopathie, expliquant que le malaise survenu en juillet 2018 était lié à une surconsommation de méthadone et à un long QT ; selon le médecin, d'un point de vue strictement cardiologique, il n'y avait pas de limitations à la capacité de travail ; en revanche, il y avait une limitation de 100% d'un point de vue psychologique ; d'un point de vue strictement cardiologique, la capacité de travail était évaluée à 100%, tout en précisant qu'il ne fallait pas que l'assurée soit en contact avec des enfants ;
 - un rapport du Dr C_____, rédigé à la même époque, concluant à une capacité de travail de 0% du 30 octobre au 26 novembre 2017, de 50% du 27 novembre au 31 décembre 2017, de 0% à nouveau du 5 août à septembre 2018, puis de 50% ; le médecin explique que sa patiente est une ancienne toxicomane sous traitement de substitution par méthadone souffrant d'un syndrome du QT long ; il mentionne également une thrombose fémorale ; il préconise d'éviter toute activité en présence de jeunes enfants et conclut à une capacité de travail de 100% dans un poste adapté, sans aucune limitation ;
 - un rapport émis en novembre 2018 par le docteur E_____, angiologue, indiquant ne pouvoir se prononcer sur la capacité de travail ;

- un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de janvier 2019, concluant à un trouble dépressif récurrent, à un trouble mixte borderline dépendant et à un syndrome de dépendance aux opiacés ; le médecin relève que, paradoxalement, sa patiente a pu exercer durant des années une activité professionnelle tout en consommant quotidiennement des opiacés ; selon lui, le maintien d'une activité professionnelle serait souhaitable, sans que le médecin puisse s'exprimer sur les limitations fonctionnelles à retenir ; il conclut à une capacité de 50% dans une activité adaptée ;
 - un avis émis par le service médical régional (SMR) en avril 2019, relatant que l'assurée est connue pour une polytoxicomanie depuis 1993, qu'elle est suivie par un psychiatre, qu'elle a participé à l'âge de 31 ans à un programme de sevrage avec rechute à la sortie, que le psychiatre traitant décrit un status clinique avec un discours cohérent, une mémoire conservée, une conscience des difficultés liées à l'addiction et une fragilité émotionnelle ; le SMR relève que l'assurée a pu travailler tout en ayant une consommation ininterrompue depuis 1993 (malgré la substitution à la méthadone, elle consomme environ quatre fois par mois) ; il note que l'assurée a été hospitalisée en urgence en cardiologie en juillet 2018 pour un trouble du rythme et un QT long suite à une prise de méthadone volontaire et en excès, que l'évolution est favorable et que l'atteinte cardiologique n'est pas durablement incapacitante puisque, selon la cardiologue, il n'y a pas de restriction de ce point de vue-là ; en novembre 2017, il y a eu suspicion de thrombose veineuse fémorale à gauche, suite à l'injection à plusieurs reprises de cocaïne, mais l'évolution a été favorable sous médication, de sorte qu'il n'y a pas non plus d'atteinte incapacitante de ce point de vue-là ; le médecin traitant a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 100% ; le SMR retient en définitive que l'assurée présente une toxicomanie primaire non incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.
3. Le 5 avril 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
 4. L'assurée l'a contesté le 24 avril 2019 en alléguant que son médecin traitant lui avait confirmé qu'une reprise du travail lui serait préjudiciable. Elle a rappelé souffrir d'un syndrome du QT long et d'une forte anémie.
 5. Par décision du 31 mai 2019, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.
Il lui a reconnu un statut d'active à 75% (les 25% restants étant consacrés aux travaux habituels dans le ménage) et a considéré, à l'issue de l'instruction, qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.
 6. Par courrier du 18 juin 2019, adressé à l'OAI et transmis par ce dernier à la Cour de céans pour objet de sa compétence, le Dr C_____ a contesté cette décision au nom de sa patiente. Il a expliqué que celle-ci présentait des « risques cardio-vasculaires de type malaises à l'emporte-pièce) et fait valoir qu'il était dès lors dangereux de considérer qu'elle pouvait toujours s'occuper seule d'enfants en bas âge. Le médecin a ajouté qu'une rechute était par ailleurs toujours possible s'agissant de la

prise de toxiques. Il a rappelé que sa patiente avait été soumise à une expertise pour le compte de l'assurance perte de gain et que l'expert avait jugé sa situation médicale préoccupante au vu des rechutes itératives rencontrées dans le cadre de la polytoxicodépendance, qui entraînaient inévitablement des complications vasculaires (syncopes et risques d'arythmie létale) et neurologiques (pertes de connaissance et risques de chutes et de traumatismes). Le Dr C_____ a émis l'opinion que sa patiente n'était plus capable d'exercer sa profession et devait bénéficier d'une réadaptation professionnelle.

7. L'assurée elle-même a interjeté recours par courrier du 25 juin 2019.

Elle se plaint de n'avoir pas fait l'objet d'une expertise médicale indépendante.

Elle relate qu'elle a abusé de la drogue durant sa jeunesse, qu'à 23 ans, elle a souffert d'une hépatite B, puis l'année suivante, d'une péricardite. Elle fait remarquer qu'elle a malgré tout toujours travaillé.

Entre 2004 et 2005, elle a suivi une thérapie et une formation d'aide-soignante, mais l'héroïne a fini par la rattraper.

Après une période de chômage, elle a retrouvé un travail comme assistante familiale et l'a assumé durant dix ans, tout en continuant à consommer. Son cœur a fini par s'affaiblir sous l'effet du stress et de la prise de méthadone, ce qui a eu pour conséquence des malaises réguliers entre 2009 et 2019 : durant ce laps de temps, elle a fait huit malaises, dont trois ont nécessité une hospitalisation.

Elle rencontre également des problèmes circulatoires et a fait plusieurs thromboses.

La recourante allègue qu'après des examens approfondis, sa cardiologue, la Dresse D_____ lui a indiqué qu'il était trop dangereux de continuer à travailler dans le domaine de la petite enfance et l'a mise en arrêt à 100%. Le docteur G_____, expert mandaté par la Bâloise, est parvenu aux mêmes conclusions.

Elle demande dès lors que son cas fasse l'objet d'une nouvelle évaluation.

8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 juillet 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimé allègue que toutes les atteintes à la santé ont été prises en compte par le SMR dans son évaluation, relève que la Dresse D_____ ne retient aucune atteinte à la santé durable, que la thrombose veineuse fémorale dont a souffert l'assurée a évolué favorablement sous médicaments et que le Dr C_____ motive l'incapacité de travail par une toxicomanie sous traitement de substitution. Or, selon le SMR, la toxicomanie est primaire et donc non invalidante au sens de la jurisprudence.

9. Par écriture du 19 août 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle invoque à nouveau ses problèmes cardiaques, soulignant que les derniers électrocardiogrammes ont montré un intervalle QT légèrement en dehors de la limite, qu'elle fait encore des malaises et que, selon sa cardiologue, il serait

dangereux de la laisser travailler seule avec des enfants. Quant au Dr C_____, il l'estime totalement incapable de travailler.

Elle s'étonne que son psychiatre traitant, le Dr F_____, n'ait pas été interrogé.

Elle reconnaît en revanche que la médication a permis à ses problèmes circulatoires d'évoluer favorablement.

Enfin, elle rappelle que la jurisprudence a changé en matière de toxicomanie.

Elle demande à bénéficier à tout le moins d'une rente partielle et d'une aide à la réinsertion.

10. Par écriture du 10 octobre 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Le SMR, dans un avis émis le même jour, relève que l'assurée est sous substitution de méthadone, qu'elle consomme environ une fois par semaine et qu'elle a toujours pu travailler malgré cette dépendance.

Il ajoute qu'en dehors d'un suivi psychothérapeutique et de la prise de méthadone, l'assurée ne suit aucun traitement psychotrope et que le Dr F_____, dans un rapport du 9 janvier 2019, n'a pas décrit de limitations fonctionnelles en lien avec la toxicomanie.

Le SMR en tire la conclusion que celle-ci n'est dès lors pas incapacitante au sens de la loi, puisqu'elle n'engendre ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail.

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. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

b. Selon la jurisprudence applicable jusqu'en juillet 2019, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Cependant, dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués par un spécialiste doivent désormais également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (cf. à cet égard, ATF 141 V 281) si, et, cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

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

facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

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).

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

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).

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.

c. 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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. En l'espèce, l'intimé a nié le droit à toute prestation à l'assurée faute d'atteinte à la santé invalidante, ce qu'elle conteste en excipant de ses problèmes cardiologiques principalement, appuyée dans sa démarche par son médecin traitant, lequel souligne les « risques cardio-vasculaires de type malaises à l'emporte-pièce » et fait valoir qu'il serait dangereux de laisser sa patiente s'occuper seule d'enfants en bas âge. Selon lui, elle n'est plus capable d'exercer sa profession et devrait bénéficier d'une réadaptation professionnelle, étant précisé que ce même médecin, dans un rapport rédigé en novembre 2018, a évalué la capacité de l'assurée à exercer une activité adaptée à 100%.

Comme le relève le SMR, les problèmes circulatoires ont été résolus sous médication adaptée et n'entraînent aucune limitation. Il n'y a donc pas d'atteinte invalidante sur ce plan.

La cardiologue ne retient pas non plus d'atteinte à la santé durable, mais préconise cependant, tout comme le médecin traitant, d'éviter le travail avec de jeunes enfants, ce que le médecin traitant justifie par le risque de malaise. Ce risque paraît cependant limité, dans la mesure où moins de dix malaises sont survenus entre 2009 et 2019, ce qui représente moins d'un par année. Il n'en demeure pas moins que ce risque existe et qu'au surplus, il semble difficilement soutenable de retenir comme adaptée une activité consistant à laisser l'assurée seule responsable de jeunes enfants. Un changement de profession apparaît donc souhaitable, étant rappelé, une fois encore, que, selon le médecin traitant, sa patiente serait apte à exercer à plein temps une profession adaptée.

S'agissant de la toxicomanie, force est de constater qu'elle n'a jamais empêché l'assurée de travailler, ni justifié d'arrêt de travail durable. Une évaluation telle que préconisée par la nouvelle jurisprudence développée par le Tribunal fédéral apparaît dès lors inutile, en l'absence totale d'indices en faveur d'une incapacité de travail durable du fait de la dépendance.

Sur le plan psychique, le psychiatre traitant conclut à une capacité de travail réduite à 50%, mais sans motiver aucunement son appréciation. Au contraire, il indique être dans l'incapacité de se prononcer quant à d'éventuelles limites fonctionnelles et souligne que sa patiente a toujours pu exercer une activité professionnelle, même du temps où elle consommait quotidiennement des opiacés.

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a conclu à l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

11. Quoi qu'il en soit, en admettant comme indiqué précédemment que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible pour la sécurité des jeunes enfants pris en charge par la recourante, le droit à des prestations ne peut qu'être nié en l'état, faute d'un degré d'invalidité suffisant.

En effet, la comparaison entre le revenu réalisé avant invalidité, soit CHF 33'525.- (demeuré inchangé depuis 2011 selon l'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS), et celui que l'intéressée aurait pu obtenir en 2018 en exerçant à 75% une activité légère et répétitive, accessible sans formation particulière, soit CHF 41'892.86 (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018, T1_tirage_skill_level, niveau 1 = CHF 4'465.- par mois = CHF 55'857.15 par an pour un horaire de 41,7 h./sem. = CHF 41'892.86) révèle une absence de perte de gain et donc d'invalidité, ce qui exclut par ailleurs l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, une telle mesure professionnelle étant soumise à la condition d'une invalidité de 20% au moins.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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