RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/949/2021 **ATAS/257/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2022

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY recourante

contre

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

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968 en Somalie, est arrivée en Suisse le _____ 2013. Veuve et mère de deux enfants, nés le _____ 1997, respectivement le _____ 1998, elle est au bénéfice d'un permis F, délivré pour la première fois le 18 juin 2014. Assistée par l'Hospice général depuis le 14 février 2014, elle a suivi en particulier la mesure « entretien et nettoyage » auprès de cet organisme du 1er septembre 2015 au 29 février 2016, ainsi que participé à la formation « employé(e) à domicile » dispensée par l'association Camarada du 4 avril au 29 juin 2018. Elle exerce l'activité de garde d'enfants à raison de douze heures par semaine selon le contrat de travail du 5 décembre 2018.

b. Le 23 septembre 2019, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une incapacité de travail de 80 % depuis le 31 décembre 2013 pour cause de maladie.

c. Se fondant sur les rapports médicaux au dossier, dans un avis du 30 juillet 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, un lupus érythémateux disséminé et une tendinopathie de l'épaule gauche. Le début de l'incapacité de travail durable remontait à octobre 2017, date du début de l'aptitude à la réadaptation. La capacité de travail de l'assurée, nulle dans son activité habituelle de nounou, était de 80 % dans une activité adaptée évitant tout travail avec le bras gauche au-dessus de la ligne des épaules, le port de charges supérieures à 5 kg, la manutention, ainsi que l'effort important avec ce bras.

B. Par décision du 12 février 2021, lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, et reprenant les termes de son projet de décision du 18 décembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, motif pris que le taux d'invalidité de 2 % – résultant de la comparaison des revenus avec (CHF 39'370.-) et sans (CHF 40'560.-) invalidité – n'ouvrait le droit ni à une rente, ni à un reclassement professionnel.

C. **a.** Par acte du 15 mars 2021, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 12 février 2021 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'une rente, ainsi que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

b. Le 15 avril 2021, la recourante a versé au dossier un rapport du 30 mars 2021 du Professeur B_____, médecin-chef au service d'immunologie et d'allergologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), indiquant que celle-ci se plaignait d'une asthénie à prédominance matinale, associée à des arthralgies

diffuses, ainsi que d'une douleur thoracique avec dyspnée en cours d'investigation. Il évaluait la capacité de travail de l'assurée à 40 % dans l'activité habituelle.

c. Dans sa réponse du 14 juin 2021, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 10 juin 2021 joint à son écriture, a conclu au rejet du recours.

d. Dans sa réplique du 12 juillet 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions.

e. Dans sa duplique du 13 septembre 2021, l'intimé a également maintenu sa position.

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 12 février 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 loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une mesure de réadaptation professionnelle.

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.

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).

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, 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).

10.2.2 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).

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 nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 30 juillet 2020, lui-même basé sur les rapports des médecins traitants.

12.1 Dans son rapport du 30 septembre 2019, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en néphrologie, retient une insuffisance rénale chronique ayant bien évolué sous traitement depuis que le diagnostic a été posé en 2014, sans incidence actuellement sur la capacité de travail de la recourante.

Dans son rapport du 12 novembre 2019, le Prof. B_____ mentionne que sa patiente souffre d'une maladie lupique avec glomérulonéphrite extra-membraneuse depuis janvier 2014, stable depuis le 21 novembre 2018 grâce au traitement. Celle-ci présente également des arthralgies minimes au niveau des mains et des genoux sans myalgie, une photosensibilité, une dyspnée de stade NYHA I stable, des céphalées de tension occasionnelles répondant au Dafalgan, ainsi qu'une suspicion de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche depuis 2017.

Dans un questionnaire reçu par l'intimé le 22 novembre 2019, le Prof. B_____, après avoir rappelé les atteintes mises en évidence dans son rapport précité (à l'exception de celle affectant l'épaule gauche), estime que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle est de « - 20 % ». À la demande de l'intimé, dans son rapport du 8 juillet 2020, le Prof. B_____ confirme que, dans ce questionnaire, il a reconnu une capacité de travail de 80 %.

Fort de ce qui précède, dans son avis du 30 juillet 2020, le SMR conclut que la capacité de travail de la recourante est de 80 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule gauche (sans travail avec le bras gauche au-dessus de la ligne des épaules, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans manutention, ni effort important avec ce bras), ce depuis octobre 2017.

12.2 La recourante conteste l'appréciation du SMR, en faisant valoir, d'une part, que dans le rapport du 8 juillet 2020, le Prof. B_____ ne s'est pas prononcé précisément sur la diminution de sa capacité de travail résiduelle, et d'autre part, que son état de santé se serait aggravé à teneur du rapport dudit médecin du 30 mars 2021.

12.2.1 Or, le Prof. B_____, qui suit la recourante depuis 2014 et connaît bien sa situation médicale, a, dans le questionnaire du 22 novembre 2019, posé, à titre de diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, uniquement ceux de lupus érythémateux disséminé et d'arthralgies diffuses. Contrairement à ce que prétend la recourante, dans le rapport du 8 juillet 2020, ce médecin a apporté des précisions quant au taux de la capacité de travail qu'il avait retenu dans le questionnaire précité au chiffre 4, lequel se rapporte exclusivement à l'activité habituelle de garde d'enfants. Le Prof. B_____ n'a pas jugé utile de prendre position sur la capacité de travail dans une activité adaptée, puisqu'il considère que la recourante est apte, malgré son atteinte à la santé, à exercer l'activité de garde d'enfants à 80 %.

Certes, dans le rapport du 30 mars 2021, le Prof. B_____ évalue la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle à 40 % dès cette date, consécutive à une asthénie, associée à des arthralgies diffuses et à une douleur thoracique avec dyspnée. Il est vrai que ces atteintes existaient avant la décision querellée du 12 février 2021 (rapport du 12 novembre 2019 précité). Toutefois, en tant qu'elles entraînent, selon le médecin traitant, une restriction fonctionnelle plus importante à compter seulement du 30 mars 2021, soit postérieurement à la décision dont est recours, la chambre de céans ne peut pas en tenir compte dans la présente procédure. En effet, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Il est donc loisible à

la recourante de déposer auprès de l'intimé une nouvelle demande de prestations concernant l'éventuelle péjoration de son état de santé.

12.2.2 En ce qui concerne la douleur de l'épaule gauche, survenue en 2017, le Prof. B_____, qui suspecte une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, n'a pas retenu une diminution de la capacité de travail de l'assurée pour ce motif, étant relevé que quand bien même il a prescrit des séances de physiothérapie, la recourante n'a pas suivi ce traitement (rapport du 12 novembre 2019 précité). Aucun autre médecin, du reste, n'a confirmé le diagnostic de tendinopathie de l'épaule gauche ou attesté qu'une atteinte de cette épaule serait incapacitante.

Par conséquent, aucun rapport médical au dossier ne permet de retenir, comme l'a fait le SMR, une capacité de travail de l'assurée de 80 % dans une activité adaptée (autre que l'activité habituelle) en raison d'une tendinopathie de l'épaule gauche.

12.3 Il se justifie en conséquence de s'écarter des conclusions du SMR, lequel n'a pas examiné la recourante, à l'inverse du Prof. B_____, et d'admettre, avec ce dernier, que la capacité de travail de la recourante est de 80 % dans son activité habituelle, adaptée à son état de santé, ce – au degré de la vraisemblance requis – depuis le 21 novembre 2018, date à compter de laquelle son état de santé s'est stabilisé, sans qu'il ne s'aggrave depuis lors (rapport du 12 novembre 2019 précité).

13. Il convient à présent de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a retenu pour la recourante, qui travaillait à temps partiel, le statut de personne active à plein temps.

13.1 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente, qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation, ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI

1997 p. 301 ss, consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c, ainsi que les références).

13.2 En l'espèce, lorsque la maladie lupique de la recourante a été diagnostiquée en 2014, ses deux enfants étaient déjà autonomes, puisqu'ils étaient âgés de 15 et 16 ans. L'Hospice général lui accorde une aide financière depuis le 14 février 2014, ce qui indique que sa situation financière rend impératif un surcroît de revenu. La recourante a, par ailleurs, participé à des formations, y compris de langue française, et obtenu des attestations délivrées notamment par l'Hospice général et l'association Camarada, confirmant qu'elle les avait suivies avec succès, démontrant ainsi les efforts qu'elle avait fournis pour pouvoir décrocher un emploi.

Ces éléments permettent d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'à la date déterminante de la décision litigieuse, la recourante, âgée seulement de 52 ans, aurait travaillé à plein temps si son état de santé le lui avait permis.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a retenu pour la recourante le statut de personne active.

14. Reste à se prononcer sur son degré d'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).

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). Toutefois, dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I.1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

14.2 En l'espèce, compte tenu du fait que la capacité résiduelle de travail de la recourante est exploitable dans son activité habituelle, qui est adaptée à son état de santé, conformément aux conclusions du Prof. B_____, le degré d'invalidité se confond, dans ce cas, avec l'incapacité de travail (ATAS/717/2016 du 12 septembre 2016 consid. 11), soit en l'espèce 20 %.

Un degré d'invalidité de 20 %, inférieur au seuil de 40 %, ne confère aucun droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI).

15. Reste encore à examiner si la recourante a droit à une mesure de réadaptation professionnelle.

15.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008).

15.2 En l'occurrence, dans la mesure où la recourante est toujours en mesure d'exercer son activité habituelle à 80 %, aucune mesure professionnelle ne se justifie (dans ce sens : ATAS/717/2016 du 12 septembre 2016 consid. 11).

16. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être confirmée dans son résultat.

17. Aussi, le recours ne peut-il être que rejeté.

18. La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI).

On ne saurait toutefois, comme le voudrait la recourante, renoncer à percevoir un émolument. C'est en effet le lieu de rappeler qu'il n'est pas mis d'émolument à la charge de l'assuré(e) qui succombe lorsqu'il(-elle) est au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

La recourante sera donc condamnée au paiement d'un émolument, arrêté en l'occurrence à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis in fine LAI).

* * * * * *

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 NIERMARÉCHAL	Fabienne MICHON RIEBEN

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