



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1818/2018

ATAS/856/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 septembre 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

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 1961, originaire de Bosnie-Herzégovine, est arrivée en Suisse le 23 juillet 1992. Dès le 7 janvier 1999, elle a travaillé à 100% comme monteuse de câbles et d'ampoules (manœuvre) et femme de ménage.

2. En raison de douleurs rétrosternales subites, oppressives, l'assurée s'est rendue aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) le 22 septembre 2013.

La coronographie effectuée le jour même a mis en évidence des lésions tritronculaires, avec une lésion de 50% du tronc commun, une lésion de 50% de l'ostium de l'artère interventriculaire antérieure, une subocclusion de l'artère interventriculaire antérieure proximale et une sténose significative de 70 à 90% de l'ostium de l'artère coronaire droite proximale. Les médecins ont alors procédé à la pose d'un stent actif de l'artère interventriculaire antérieure (IVA), sans complication.

L'échocardiographie également réalisée le 22 septembre 2013 a montré un ventricule gauche de taille normale, avec une fraction d'éjection discrètement diminuée de manière inhomogène, visuellement estimée à 45-50%.

3. Le 24 septembre 2013, l'assurée a subi une nouvelle coronographie avec angioplastie, au cours de laquelle les médecins ont procédé à la pose d'un stent actif de l'artère coronaire droite ostiale, sans complication.

4. En raison de ces interventions, l'assurée a été hospitalisée au service de cardiologie des HUG du 22 au 26 septembre 2013.

5. En décembre 2013, l'assurée a tenté de reprendre son activité professionnelle. Elle a toutefois dû l'interrompre après une matinée, en raison d'une transpiration et d'une fatigue importantes ainsi que de douleurs rétrosternales.

6. Le 10 février 2014, l'assurée a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) visant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. Les atteintes invoquées étaient une maladie thyroïdienne, un infarctus du myocarde, une fatigue intense d'origine indéterminée, des douleurs aux genoux et aux épaules, une arthrose, un syndrome du tunnel carpien et une dépression.

7. En raison d'une récurrence des douleurs thoraciques en février 2014, l'assurée a consulté, en date du 13 février 2014, le docteur B_____, spécialiste FMH en cardiologie.

Selon son rapport du même jour, les douleurs avaient quasiment disparu pendant environ trois semaines. Elles avaient réapparu par la suite, sous une forme plutôt

atypique et moins intenses que précédemment, et étaient aggravées par l'effort. Lesdites douleurs avaient motivé un test d'effort en décembre 2013, test qui s'était révélé cliniquement et électriquement négatif. Dans de telles conditions, il était impossible pour le Dr B_____ d'exclure une récurrence au niveau de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) ou de la coronaire droite, sur la seule base du test d'effort négatif. C'est pourquoi, le médecin précité préconisait une coronographie.

Le Dr B_____ relevait également que les lésions coronaires constatées en septembre 2013 étaient accompagnées d'une discrète nécrose dans le territoire inférieur et inféro-apical, raison pour laquelle la fraction d'éjection globale du ventricule gauche, avait été estimée entre 45 et 50% à l'échographie durant l'hospitalisation. Il n'était ainsi pas exclu que cette altération de la fonction puisse expliquer une partie de la fatigue évoquée par l'assurée.

8. Le 27 février 2014, l'assurée a bénéficié d'une coronographie de l'artère interventriculaire antérieure proximale, au cours de laquelle les médecins ont constaté une sténose significative de l'ostium de l'artère interventriculaire antérieure proximale en amont du stent, qu'ils ont traitée avec la pose d'un nouveau stent le même jour.
9. Dans un rapport du 26 mars 2014, le docteur C_____ a évoqué l'infarctus du myocarde survenu le 22 septembre 2013 (subocclusion de l'artère interventriculaire antérieure [IVA] et sténose à 70-90%), des douleurs rétro-sternales, une fatigue et des douleurs aux épaules d'origine indéterminée, un état anxio-dépressif, et des gonalgies bilatérales (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi qu'une hyperthyroïdie substituée (sans répercussion sur la capacité de travail).

Vu la persistance d'une lésion de l'artère coronaire droite en amont du stent, la lésion de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) et la fatigue importante, il était difficile d'émettre un pronostic. L'assurée était incapable de reprendre son travail à l'usine comme travailleuse de force. La capacité à exercer l'activité habituelle était nulle depuis le 22 septembre 2013 et il n'existait aucune activité adaptée au handicap.

10. Dans un rapport d'évaluation du 28 avril 2014, la conseillère en réadaptation de l'OAI a précisé que l'assurée ne parlait pas bien le français et que son mari semblait le parler encore moins bien. Ses deux fils, âgés de 29 et 31 ans, avaient quitté le domicile familial. Dans son activité habituelle, l'assurée nettoyait les bureaux et les vitres le matin, puis elle montait des ampoules et des emballages, ce qui impliquait rarement des activités lourdes. Lors d'un entretien téléphonique du 2 mai (recte avril) 2014, le Dr C_____ avait évoqué une fermeture de 30% de l'artère coronaire droite et de 25 à 30% de l'artère coronaire gauche. La fatigabilité était due à la fermeture du stent et à l'infarctus en lui-même, massif. L'assurée avait besoin de temps. A terme, elle pourrait récupérer la capacité de nettoyer les bureaux, mais cette activité semblait tout de même lourde.

11. Le 2 juin 2014, l'assurée a effectué un test d'effort, lequel s'est avéré cliniquement et électriquement négatif, avec l'absence de signes d'ischémie à l'effort. Ni arythmie à l'effort ou en post-effort, ni hypertension artérielle n'ont été relevées. L'aptitude physique était modérée. Le traitement devait être poursuivi, avec une adaptation médicamenteuse, pour mieux stabiliser la tension artérielle et le pouls à l'effort.
12. L'échographie cardiaque de contrôle du même jour a montré un ventricule gauche non dilaté avec une fonction contractile segmentaire et globale normale, la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) étant estimée à 67%. L'aorte, la valve aortique et la valve mitrale étaient toutes les trois normales. L'oreille gauche était non dilatée et aucun épanchement péricardique n'était constaté.
13. Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, l'OAI a accepté de prendre en charge un reconditionnement auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 28 juillet au 27 octobre 2014. L'objectif de la mesure était de permettre à l'assurée de tenir un horaire de travail et d'atteindre un certain rendement dans une activité légère.
14. L'assurée a commencé le stage aux EPI le 28 juillet 2014 (conditionnement de feutre dans des pochettes). Après trois heures de présence, les maîtres socioprofessionnels l'ont laissée rentrer chez elle en raison d'une fatigue, avec des douleurs au bras gauche, à l'épaule et à la nuque, notamment.

Un arrêt de travail de 75% dès le 29 juillet 2014 a été délivré par le Dr C_____.

Le stage de reconditionnement aux EPI s'est poursuivi jusqu'au 27 octobre 2014, dans un premier temps à 25% vu le certificat précité, pour être augmenté progressivement à 50%.
15. Une échocardiographie de stress sous dobutamine, réalisée le 31 juillet 2014, s'est révélée cliniquement et échocardiographiquement négative pour une ischémie myocardique.
16. Le 17 octobre 2014, l'assurée s'est rendue au service des urgences des HUG en se plaignant d'une douleur thoracique de fond depuis l'infarctus, avec, de temps en temps, une péjoration après 3h d'effort minime, précédée d'une sensation de bouffée de chaleur. Après avoir effectué un bilan clinico-biologique et reconstruit le dossier cardiologique, les médecins ont écarté un syndrome coronarien aigu et conclu à une probable douleur pariétale/musculo-squelettique.
17. Le 17 octobre 2014, l'assurée a été mise en arrêt de travail à 100%.
18. Dans un rapport du 20 octobre 2014, le Dr B_____ a indiqué que, depuis la mise en place d'un stent en février 2014, les douleurs avaient diminué sans disparaître complètement. L'assurée se plaignait d'une fatigabilité importante et d'une dyspnée à l'effort, d'une sensation de rougeur au visage et se disait incapable de travailler plus de trois heures par jour. Le médecin n'avait pas d'explication claire concernant

les symptômes, mais se demandait si l'un des médicaments prescrits ne jouait pas un rôle. La capacité de travail était de 40%.

19. Le 21 novembre 2014, le Dr C_____ a fait état d'une situation inchangée, avec persistance de douleurs rétro-sternales à l'effort et fatigue. La capacité de travail était toujours nulle, quelle que soit l'activité.
20. Dans leur rapport de stage du 16 décembre 2014, les EPI ont précisé que le mandat donné par l'OAI avait pour but la mise en place d'un stage à 50% dans un poste s'exerçant essentiellement en position assise, léger et non stressant.

Durant le premier mois de stage, l'assurée se disait toujours très fatiguée. Elle exprimait également la peur de ressentir des douleurs si elle ne se reposait pas souvent. Le manque de tonus, le rythme de travail très lent, la difficulté à s'intégrer au groupe s'apparentaient à son angoisse de subir un nouvel infarctus si elle travaillait trop.

Durant les deux mois suivants, l'assurée était plus motivée. Les maîtres de réadaptation avaient constaté une augmentation du tonus, du rendement et de son intégration à l'équipe, étant précisé que le taux d'activité était alors de 50%. L'assurée avait augmenté sa médication en raison d'une augmentation des douleurs. Elle se sentait toutefois mieux et ses angoisses d'une rechute avaient diminué.

Le taux de présence de l'assurée avait été très rapidement revu à la baisse, à deux heures par jour, en raison d'une grande fatigue et de multiples douleurs, puis augmenté progressivement pour atteindre un maximum de quatre heures par jour. Au vu de l'arrêt de la progression et d'un certificat d'arrêt de travail à 100%, l'OAI avait mis un terme à la mesure, le 27 octobre 2014.

21. Le 24 avril 2015, l'assurée a subi une nouvelle coronarographie de contrôle, qui s'est révélée dans les limites de la norme. La lésion du tronc commun distal était non significative. Il en allait de même de la lésion de l'artère interventriculaire antérieure et de celle de l'ostium de l'artère coronaire droite proximale. L'examen n'avait pas non plus montré de resténose au niveau du site d'implantation des stents. Quant à la fraction d'éjection du ventricule gauche, de 58%, elle était également dans les limites de la norme.
22. Dans un rapport du 27 avril 2015, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en cardiologie ayant repris le suivi de l'assurée, a résumé la situation à l'attention du Dr C_____.

L'assurée présentait une symptomatologie non spécifique, difficile à expliquer. Les symptômes, à savoir la fatigue globale avec un manque de souffle au moindre effort n'étaient pas à mettre sur le compte de la maladie coronarienne, vu l'absence de lésion significative lors de la coronarographie, la fraction d'éjection et la fonction segmentaire du ventricule gauche normales.

La Dresse D_____ suggérait plusieurs examens supplémentaires : un bilan pneumologique, afin d'investiguer un éventuel syndrome d'apnées du sommeil, un bilan endocrinologique et un bilan neurologique.

23. Selon le Dr C_____, en date du 20 mai 2015, la situation était toujours inchangée, avec la persistance d'une fatigue à l'effort, la capacité de travail n'ayant, quant à elle, pas évolué. L'assurée était toutefois désormais suivie par un psychiatre.
24. Dans un rapport du 29 mai 2015, la Dresse D_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire depuis septembre 2013. L'assurée se plaignait d'une fatigue globale ayant une influence sur sa capacité de travail. Le pronostic était favorable, bien que la maladie coronarienne fût avancée. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au niveau cardiovasculaire, mais l'assurée devait éviter le travail très physique et lourd. Sa plainte principale, la fatigue, n'était pas expliquée. Sur le plan cardiaque, la reprise du travail était envisageable. Il convenait toutefois de procéder à une évaluation auprès d'autres spécialistes (endocrinologue, neurologue) pour expliquer la fatigue et l'essoufflement au moindre effort.
25. Dans un rapport du 15 octobre 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué suivre l'assurée depuis le 18 décembre 2014. Lors des premières consultations, elle souffrait d'un épisode dépressif léger (F32.0) réactionnel à son état de santé. Cet épisode dépressif s'était rapidement amélioré, mais l'assurée avait continué à se plaindre de fatigue. Il lui était toutefois difficile de poser un diagnostic psychiatrique car l'assurée ne présentait pas un tableau symptomatique clair permettant de conclure à un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Même s'il n'était pas possible d'exclure une origine psychique à son état de fatigue chronique, la présence de facteurs organiques pouvait expliquer son état. Dans tous les cas, l'activité habituelle n'était plus exigible à 100% et ce, probablement depuis septembre 2013, en raison des limitations en termes de résistance et de capacité de concentration, sensibles aux états de fatigue. L'assurée devait pouvoir travailler doucement, à son rythme, durant de courtes périodes - trente à soixante minutes -, suivies de pauses durant lesquelles elle devait pouvoir s'allonger.
26. Le 10 décembre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire en psychiatrie, cardiologie et médecine interne. Il lui a transmis les questions qu'il entendait poser aux experts et lui a donné la possibilité de poser des questions complémentaires.
27. Dans un rapport du 25 août 2016 consécutif à son examen du 23 août 2016, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics de fatigue physique chronique d'origine multifactorielle probable, mais sans composante neurologique périphérique ou centrale, surcharge pondérale, gonalgies bilatérales chroniques, lombalgies chroniques, hypothyroïdie substituée et hypovitaminose D substituée.

La dysthyroïdie s'était manifestée en 2000 par un état de fatigue. Une hyperthyroïdie avait alors été diagnostiquée. Sous traitement, la fatigue avait régressé sans que l'assurée ne recouvre son état antérieur. Toutefois, depuis 2000 jusqu'à la date de l'infarctus myocardique, l'assurée avait parfaitement fonctionné, cumulant son activité d'ouvrière à 100% et son activité ménagère, même si une certaine fatigue persistait. Depuis son problème cardiaque en 2013, elle se plaignait de fatigue d'intensité fluctuante d'un jour à l'autre. Cette fatigue était physique et non mentale. Elle allait crescendo en cours de journée. Lorsqu'elle était fatiguée, l'assurée présentait une douleur profonde, intérieure, thoracique antérieure gauche, indépendante des mouvements de l'épaule. La douleur était permanente et légère depuis 2013, toutefois exacerbée par la fatigue.

Il n'y avait aucun argument, ni anamnestique, ni clinique, pour une pathologie neuromusculaire ou d'atteinte centrale. Un discret syndrome cervical était présent. La douleur dont se plaignait l'assurée n'était reproductible ni à la palpation, ni à la mobilisation de l'épaule.

La Dresse F_____ était arrivée à la conclusion que la fatigabilité physique dont l'intéressée se plaignait était probablement d'origine multifactorielle.

28. Une radiographie du 20 septembre 2016 du genou droit a mis en évidence de discrets troubles dégénératifs.
29. Par courrier du 21 septembre 2016, l'assurée a indiqué que son état de santé était stationnaire. Elle se fatiguait rapidement après une heure d'effort et devait faire des pauses régulièrement dans la journée. Elle était toujours suivie par son cardiologue et par Monsieur G_____, psychologue et psychothérapeute. Elle n'avait pas repris d'activité professionnelle et émargeait à l'aide sociale, ce qui complétait le salaire variable de son époux.
30. Dans un rapport du 21 septembre 2016, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en diabétologie et endocrinologie, a exclu une anémie et une hyponatrémie. Son sentiment était que la fatigue de l'assurée était d'origine multifactorielle, en premier lieu due à un déconditionnement physique, une possible apnée du sommeil et un trouble de l'humeur.
31. Dans un rapport du 30 septembre 2016, le docteur I_____, pneumologue FMH, a posé le diagnostic supplémentaire de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère, sans composante positionnelle. La sévérité de l'atteinte, ainsi que les symptômes de fatigue et de somnolence rendaient un traitement nécessaire.
32. Le 17 octobre 2016, la Dresse D_____ a expliqué que l'assurée se plaignait principalement d'une fatigue incapacitante. La maladie coronarienne était stable et la fraction d'éjection du ventricule gauche était normale. La fatigue n'était par conséquent pas expliquée par la cardiopathie ischémique. Le pronostic était bon, même si les artères coronaires montraient une maladie diffuse et avancée. La prévention secondaire, avec une activité physique, était cruciale. Vu la découverte

d'un syndrome d'apnées du sommeil, il convenait de voir si la fatigue s'amendrait sous traitement.

33. Le 2 novembre 2016, l'assurée s'est une nouvelle fois rendue aux urgences en raison d'une douleur thoracique. L'ECG était dans la norme. L'assurée se plaignait toutefois également d'une douleur neurogène au niveau ulnaire, au bras gauche ainsi qu'au niveau péronien du pied. De la physiothérapie a été prescrite et l'assurée a été adressée à son médecin traitant pour suivi.
34. Dans un rapport du 22 novembre 2016, le Dr C_____ a résumé les atteintes de l'assurée (fatigue physique chronique d'origine multifactorielle, cardiopathies ischémiques avec maladie de l'artère interventriculaire antérieure [IVA] et de la coronaire droite [CD]), stentées en 2013, status post STEMI en 2013, syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère, surcharge pondérale avec un BMI de 30,9, gonalgies bilatérales chroniques, hyperthyroïdie substituée, arthrose des grandes articulations, état anxio-dépressif et sédentarité).
35. Le 13 mars 2017, le Dr C_____ a évoqué un état de santé stable, avec un pronostic bon si l'assurée continuait à prendre le traitement et à exercer une activité physique. La situation s'était peut-être légèrement améliorée avec le traitement des apnées du sommeil et la réadaptation cardiaque de stade III. Pour le médecin traitant, c'était plutôt un problème psychique qui limitait l'assurée, la fatigue extrême n'étant pas expliquée par le status cardiaque.
36. L'expertise décidée par l'OAI en décembre 2015 a été pratiquée au Centre d'expertises médicales de la Policlinique médicale universitaire à Lausanne (ci-après : PMU), par la docteure J_____, cardiologue, le docteur K_____, psychiatre, et le docteur L_____, rhumatologue.

Dans leur rapport du 2 août 2017, les experts ont diagnostiqué une maladie coronarienne bitronculaire stable. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), des lombalgies chroniques non spécifiques, des gonalgies bilatérales prédominant à droite avec gonarthrose bicompartimentale interne droite radiologique, une obésité et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé.

Sur le plan rhumatologique, l'assurée signalait des douleurs aux niveaux des genoux (prédominant à droite), de la région lombaire basse, de la face palmaire des poignets et des deuxième métatarsiens. A l'examen clinique, il existait des autolimitations à la mobilisation des genoux et du rachis cervical.

Sur le plan cardiologique, l'assurée se plaignait d'une asthénie marquée et constante, ainsi que de douleurs thoraciques latérales gauches hautes non oppressives et sans irradiation, survenant au moindre effort et disparaissant au repos. L'examen clinique était normal, sans insuffisance cardiaque. Le comportement était démonstratif avec des variations spontanées de la fréquence respiratoire. Le bilan effectué montrait une maladie coronarienne stable qui ne

pouvait expliquer la symptomatologie douloureuse et il n'y avait pas d'étiologie cardiaque à la dyspnée rapportée.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée se plaignait d'un moral fluctuant en fonction des douleurs physiques et d'une asthénie. A l'examen clinique, la thymie était très légèrement abaissée, sans autre élément clinique. Les experts retenaient un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié pour expliquer les douleurs thoraciques atypiques persistantes, les lombalgies, les douleurs des membres inférieurs, l'asthénie et la dyspnée sans étiologie organique prépondérante. S'agissant des nouveaux indicateurs permettant d'évaluer le retentissement du trouble somatoforme, l'assurée présentait une cardiopathie ischémique stable et un syndrome d'apnées du sommeil amélioré par le port de l'appareillage, sans comorbidité psychiatrique. L'assurée avait participé à des mesures de réentraînement à l'effort qui avaient pris fin en raison d'une manifestation clinique du trouble somatoforme. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité ou d'autre pathologie psychiatrique qui pourrait diminuer les ressources adaptatives de l'assurée. Sur le plan social, l'intéressée signalait une nette diminution de son réseau amical et des contacts avec sa famille, mais pouvait s'appuyer sur son mari. L'assurée manifestait un comportement démonstratif (soupirs répétés avec des variations du rythme respiratoire au repos). Il n'existait pas de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie, l'assurée assumant son ménage, faisant régulièrement des promenades avec son mari et restant avec lui lorsqu'il jardinait. Par conséquent, elle possédait de bonnes ressources adaptatives avec peu de limitations fonctionnelles, de sorte que le trouble somatoforme ne pouvait être considéré comme incapacitant.

En conclusion, et après discussion interdisciplinaire, les experts ont retenu une incapacité de travail totale du 22 septembre 2013 au 27 mars 2014, justifiée par la pathologie coronarienne. A partir du 28 mars 2014, soit au plus tard un mois après la pose du dernier stent coronarien, l'assurée avait recouvré une pleine capacité à exercer son activité habituelle, dont les experts ont jugé qu'elle respectait les limitations fonctionnelles (possibilité régulière de s'asseoir, port de charges limité à 5 kg, absence de travaux lourds, pas de position accroupie, pas de levage de charges en partant de la position accroupie, pas de marche en terrain irrégulier, de montée ou descente répétée des escaliers, ou de station debout prolongée). Au moment de l'expertise, du fait d'une gonarthrose débutante, la capacité de travail n'était plus que de 50% dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée.

37. Le 5 octobre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement.

L'OAI lui reconnaissait un statut d'active, une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle du 22 septembre 2013 au 27 mars 2014, de 0% du 28 mars 2014 au 5 juillet 2017 et de 50% dès le 6 juillet 2017. Il considérait en revanche

que, dans un poste adapté, la capacité de travail était entière depuis le 28 mars 2014.

Comparant le revenu sans invalidité (CHF 54'522.- en 2014) avec le revenu d'invalidité (CHF 53'793.- établi sur une base statistique), il évaluait la perte de gain à CHF 729.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 1,34%.

38. Par courrier du 6 novembre 2017, l'assurée s'est opposée à ce projet en rappelant être notamment suivie pour des insuffisances et douleurs cardiaques et alléguant être incapable d'exercer la moindre activité depuis son hospitalisation en 2013.
39. Par pli du 12 janvier 2018, l'assurée a encore fait valoir qu'il n'existait aucune activité adaptée à son état accessible sans reconversion professionnelle, voire sans formation initiale. En effet, elle ne parlait pas français et avait travaillé durant des années uniquement grâce à ses capacités physiques. Il apparaissait dès lors clairement erroné et illusoire de prétendre qu'elle pourrait trouver une activité adaptée par elle-même.
40. Le 24 janvier 2018, l'assurée a encore précisé que l'expertise du 24 août 2017 se bornait à relever que les dyspnées d'effort n'étaient pas d'origine cardiaque. Ce n'était toutefois pas parce qu'une affection était de cause inconnue qu'elle n'était pas invalidante. Il appartenait donc à l'OAI de déterminer le degré d'incapacité induit par les dyspnées, alternativement de poursuivre son instruction sur ce point.
41. Par décision du 25 avril 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le degré d'invalidité, de 1.34%, était insuffisant pour l'octroi tant d'une rente que des mesures de reclassement.
42. Par acte du 28 mai 2018, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision du 25 avril 2018, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition des trois cardiologues l'ayant suivie, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière dès le 22 septembre 2013.

A l'appui de ses conclusions, la recourante allègue que les experts ont fondé leurs conclusions sur des coronarographies remontant à 2014 et 2015, lesquelles ne décelaient pas de progression de la maladie coronarienne ou de resténose intra-stent, alors qu'une coronarographie réalisée le 8 mai 2018 montrait une évolution (resténose intra-stent de 50% de l'ostium de l'artère coronaire droite proximale et nouvelle sténose de 70 à 90% de l'ostium de l'artère circonflexe proximale [artère vascularisant la moitié du cœur]). Cette atteinte tritronculaire était encore péjorée par l'apparition d'une hypertension artérielle. La recourante y voit la démonstration que les experts ont conclu trop vite à l'absence d'éléments objectifs permettant d'exclure une atteinte coronarienne et que leur rapport est dépourvu de toute valeur probante, à tout le moins sous l'angle essentiel des questions cardiologiques.

43. Invité à se déterminer, l'OAI (ci-après : l'intimé), dans sa réponse du 26 juin 2018, a conclu au rejet du recours.

Il estime que l'expertise de la PMU doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il ajoute avoir soumis le compte-rendu de la coronarographie produite par la recourante à son SMR, lequel considère que, malgré une aggravation de la cardiopathie ischémique par rapport à l'examen précédent (présence d'une maladie coronarienne tritronculaire et non plus d'une maladie coronarienne bitronculaire), aucun élément clinique objectif ne justifie une incapacité de travail : les limitations fonctionnelles restent identiques.

44. Le 31 août 2018, la recourante a produit de nouvelles pièces dont elle considère qu'elles démontrent que les examens sur lesquels se sont fondés les experts n'étaient pas à jour :

- le compte rendu d'un PECT/CT Ammonum du cœur sans contraste effectué le 20 juin 2018, mettant en évidence une ischémie discrète avec une extension de l'ordre de 20% du ventricule gauche dans le territoire Cx intéressant les segments antéro-latéraux et inférieurs-latéraux aux étages basal et moyen, un discret foyer de nécrose non transmurale dans le territoire IVA au niveau du segment antéro-apical et un ventricule gauche de taille normale, avec fraction d'éjection globale mesurées à 82% au stress et 76% au repos ;
- un rapport de la Dresse D_____ du 24 août 2018, dont il ressort que les examens menés depuis 2013 se sont avérés normaux, à l'exception du bilan pneumologique qui a mis en évidence un syndrome des apnées du sommeil sévère, pour lequel la recourante est suivie ; en présence de symptômes sans nette amélioration, un nouveau bilan cardiaque a été effectué ; la coronarographie a montré une maladie coronarienne tritronculaire avec une lésion non significative de l'artère coronaire droite, une sténose de 50% du tronc commun (déjà présente auparavant) et une nouvelle lésion possiblement significative de l'artère circonflexe ostiale ; le nouveau PET-SCAN a montré une ischémie dans le territoire de l'artère circonflexe ; une nouvelle coronarographie avec angioplastie de l'artère circonflexe et du tronc commun est envisagée ; selon le médecin, il est difficile de dire si cette intervention améliorera les symptômes, mais en présence d'une ischémie objectivée, il faut traiter la lésion ; en raison de la fatigue extrême, de la dyspnée au moindre effort et de la toux irritative persistante, la patiente est limitée et n'est en mesure de faire que les activités quotidiennes simples.

45. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 8 novembre 2018.

Entendu à cette occasion, le docteur M_____, médecin-adjoint agrégé du service de cardiologie des HUG, a expliqué que, vu l'essoufflement de l'assurée, il avait procédé à des examens dans le but de déterminer s'il y avait une hypertension pulmonaire (HTP), ce qui n'était pas le cas. Il souhaitait également vérifier l'état des trois artères principales du cœur. Le stent de l'IVA était indemne. En revanche, il y avait eu une re-sténose (cicatrisation trop importante conduisant à une réduction du diamètre) de la coronaire droite de 50 % ainsi qu'un rétrécissement de 50 % du tronc commun au départ de la branche circonflexe. Une ischémie (souffrance du

cœur suite à un manque d'apport d'oxygène) de 20% au niveau du ventricule gauche avait été constatée.

En résumé, la recourante souffre d'une maladie coronarienne stable qui peut être traitée soit par médicaments, soit par intervention (chirurgie de pontage ou pose de stent), afin de diminuer les symptômes d'angine de poitrine (douleurs du thorax, essoufflements). La dyspnée d'effort dont se plaint l'intéressée est selon lui, vraisemblablement d'origine multifactorielle, mais il n'exclut pas qu'elle soit en lien avec la maladie coronarienne. Les saturations mesurées au niveau de l'artère pulmonaire (77 %) semblent particulièrement élevées, ce qui peut s'expliquer par une arrivée de sang oxygéné venant d'ailleurs. Toutefois, seule une IRM pourrait donner des indications à cet égard. Le PET SCAN réalisé en juin 2018 confirme l'ischémie discrète mais « dans la vraie vie », elle peut être un peu plus que cela. La fraction d'éjection (fonction cardiaque du cœur) s'est normalisée à 60%.

S'agissant des limitations retenues par les experts dans leur rapport du 2 août 2017, le médecin a souligné que, paradoxalement, l'effort fait partie du traitement et a dit ne pas avoir d'autres limitations fonctionnelles à signaler.

S'agissant de la capacité de travail, l'examen VO2MAX pratiqué en début d'année pour mesurer la capacité d'effort de la recourante a donné un résultat de 14,9, étant précisé que 12 est la limite à partir de laquelle on envisage une greffe cardiaque. Au vu de ces éléments, du fait que la situation cardiologique est assez lourde, de la progression de la maladie coronarienne bi-tronculaire, de la capacité fonctionnelle objective diminuée constatée en début d'année et du fait qu'une activité de nettoyeuse reste physique, le Dr M_____ a émis des doutes sur la capacité de 50% retenue dans l'activité habituelle.

Il serait selon lui préférable de changer de domaine d'activité et d'opter pour une profession exempte de tout effort physique, dont l'exercice serait exigible à 50%, les autres 50% devant être consacrés au traitement de la maladie (exercices modérés pratiqués hors milieu professionnel, si possible de 30 min de marche 5 fois par semaine) afin de stabiliser au moins celle-ci.

Dans tous les cas, comme les experts de la PMU, il estime également que la maladie coronarienne n'explique pas l'ampleur de la fatigue ressentie par la recourante, un problème de dépression pouvant se greffer sur le tableau.

46. Entendue le même jour, la Dresse D_____ a précisé que depuis l'origine, la recourante se plaignait principalement d'une fatigue et d'un essoufflement au moindre effort, qui restaient inexplicables malgré tous les tests médicaux mis en œuvre (endocrinologie, neurologie, pneumologie, psychiatrie).

L'angioplastie pratiquée en 2014 n'avait amené aucun changement. Le syndrome d'apnée du sommeil contribuait largement à cette fatigue, mais, malgré un appareillage et une bonne compliance, la situation ne s'était pas améliorée. La fonction cardiaque était normale et il n'y avait pas de lésion objectivée susceptible d'expliquer la fatigue et la dyspnée. En effet, la maladie coronarienne était non

significative, hormis la lésion récemment mise en évidence au niveau de la branche circonflexe, étant toutefois précisé que l'ischémie restait discrète. Il fallait désormais procéder à une pesée des intérêts entre les risques d'une intervention et les risques potentiels, étant précisé que rien ne certifiait qu'une telle intervention conduirait à une disparition ou à une diminution des symptômes, que rien n'avait permis d'améliorer jusqu'à présent.

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, tout comme le Dr B _____ avant elle, la Dresse D _____ s'est dit perplexe. D'un point de vue strictement cardiologique, la recourante est capable d'exercer son activité habituelle à 50% avec les limitations évoquées et l'évitement des travaux lourds. Des personnes dans la même situation cardiaque qu'elle le font. Il convient toutefois d'analyser la situation de manière globale et plus particulièrement du point de vue psychique, vu l'absence de projection et d'énergie constatée chez la recourante. Certains patients atteints de la même pathologie arrivent à exercer une activité légère et adaptée à 100% après une augmentation progressive (début de la reprise à 20 ou 30%) mais pas tous ; d'autres ne retrouvent qu'une capacité de 50 à 60%. S'agissant de la recourante la Dresse D _____ est d'avis qu'une reprise à 20 ou 30% est envisageable mais qu'en définitive, cela aboutira à un échec, qu'elle ne peut objectivement expliquer, à tout le moins dans le cadre de sa spécialisation.

47. Par écriture du 28 novembre 2018, la recourante a fait valoir qu'une capacité résiduelle de 50% dans son activité adaptée est trop optimiste compte tenu de ses limitations physiques, lesquelles se sont particulièrement manifestées lors du stage d'observation professionnelle aux EPI en 2014. Elle répète qu'elle a toujours exercé des activités physiques et qu'elle ne dispose dès lors pas de formation appropriée pour occuper un emploi requérant des connaissances spécifiques (domaine administratif, micromécanique ou autre). Par conséquent, une reconversion ou un reclassement s'impose, la question de la pertinence d'une telle mesure devant se poser au vu de son âge. Elle sollicite donc, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une mesure d'observation/orientation professionnelle à 40%.
48. L'intimé, par écriture du 19 décembre 2018, a relevé que le degré d'invalidité de 1% est fort éloigné des 20% exigés pour une mesure de reclassement.
49. Le 9 janvier 2019, la recourante a répliqué que ce degré d'invalidité de 1% avait été établi sur la base d'un rapport d'expertise dont elle estime qu'il n'était pas à jour, notamment sur le plan cardiologique, puisqu'il retient par exemple l'absence d'ischémie myocardique résiduelle et l'absence de progression de la maladie coronarienne ou de resténose intra-stent. Or, la situation a changé. En revanche, l'évaluation du Dr B _____ du 28 octobre 2014, effectuée dans le cadre du stage d'observation professionnelle auprès des EPI, concluant à une capacité de travail de 40% lui paraît crédible.

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.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport d'expertise du 2 août 2017 et le degré d'invalidité.
5. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité – La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019, p. 60).

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).

b. Les atteintes à la santé mentale ou 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. Par atteinte à la santé mentale ou psychique au sens juridique de l'expression, il faut entendre toute perturbation des facultés intellectuelles et affectives qui entravent d'une manière permanente ou pour assez longtemps la capacité de gain ou de travail de l'assuré (VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n° 8 ad Art, 4). 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).

6. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

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

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

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.

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

7. 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 (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent

en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b/aa. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles psychiques. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

b/bb. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b/cc. 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).

c. Les facteurs psychosociaux ou socioculturels 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).

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). 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).

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 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2).

10. a. En l'espèce, par décision du 25 avril 2018, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante. Cette décision était notamment fondée sur le rapport d'expertise des médecins de la PMU du 2 août 2017. Il convient donc d'examiner sa valeur probante.

Force est de constater que le rapport précité remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il contient le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

b. Sur le fond, les médecins de la PMU ont retenu une maladie coronarienne bitronculaire stable. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), des lombalgies chroniques non spécifiques, des gonalgies bilatérales prédominant à droite avec gonarthrose bicompartimentale interne droite radiologique, une obésité et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé.

Les experts ont plus particulièrement constaté que :

- sur le plan rhumatologique, la recourante mentionne des lombalgies chroniques, des gonalgies bilatérales et des oligo-arthralgies, non spécifiques ; aucune maladie ostéo-articulaire spécifique ne justifie toutefois les douleurs alléguées par la recourante, lesquelles ne sont pas explicables par un modèle biomédical ; du point de vue rhumatologique, l'activité adaptée n'est toutefois plus exigible à 100% en raison notamment de la position principalement debout ;
- sur le plan cardiologique, l'assurée se plaint d'une asthénie marquée et constante, ainsi que de douleurs thoraciques latérales gauches hautes non oppressives et sans irradiation, survenant au moindre effort et disparaissant au repos ; l'examen clinique est normal, sans insuffisance cardiaque ; le bilan effectué montre une maladie coronarienne stable ne pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse et il n'y a pas d'étiologie cardiaque à la dyspnée rapportée ;
- sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié pour expliquer les douleurs thoraciques atypiques persistantes, les lombalgies, les douleurs des membres inférieurs, l'asthénie et la dyspnée sans étiologie organique prépondérante ; après avoir examiné les critères jurisprudentiels mentionnés ci-dessus, les experts ont considéré que le trouble somatoforme n'était pas incapacitant, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de limitations dans toutes les domaines de la vie ; en outre, les médecins ont noté un comportement démonstratif, avec des soupirs répétés, pour signifier l'asthénie et les douleurs, avec des variations du rythme respiratoire au repos ; pour eux, l'assurée dispose de bonnes ressources, de sorte que le trouble somatoforme ne peut être considéré comme incapacitant.

Après discussion interdisciplinaire, les experts ont considéré que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

Dans la mesure où les experts ont nié tout caractère incapacitant au trouble somatoforme indifférencié, il est superflu d'examiner les indicateurs standards, ce d'autant plus que la recourante ne conteste nullement les conclusions des experts psychiatres.

11. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui

justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

En l'espèce, la recourante se fonde sur la coronarographie du 8 mai 2018 pour contester la valeur probante de l'expertise de la PMU du 2 août 2017 et conclure à une aggravation au moment de la décision querellée.

Le rapport d'expertise dont la valeur probante est contestée par la recourante a été établi près de neuf mois avant que la décision querellée ne soit rendue. La coronarographie invoquée par la recourante a, quant à elle, été réalisée le 8 mai 2018, soit 13 jours après la décision querellée. Dès lors, l'aggravation de l'atteinte cardiaque est, selon toute vraisemblance, antérieure à la décision querellée, ce d'autant plus qu'en janvier 2018, l'examen VO2MAX a donné un résultat supérieur à la limite à partir de laquelle une greffe cardiaque doit être envisagée selon le Dr M_____.

Cela étant, on ne saurait nier toute valeur probante à l'expertise de la PMU, laquelle se prononce sur l'état de santé de la recourante en été 2017. A cette période, celle-ci ne présentait aucune ischémie selon les examens complémentaires effectués à la demande des experts. Par conséquent, l'expertise du 2 août 2017 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante en tant qu'elle se prononce sur l'état de santé de la recourante tel qu'il se présentait durant l'été 2017.

Cependant, au vu de l'aggravation de l'atteinte cardiaque entre l'été 2017 et mai 2018, se pose la question d'un renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire sur la question de la capacité de travail de la recourante.

Un tel renvoi est toutefois inutile, dès lors que les cardiologues traitants de la recourante, la Dresse D_____ et le Dr M_____, ont tous deux expliqué, lors de leur audition par la Cour de céans, que la pathologie cardiaque n'explique pas l'intensité de l'asthénie. Tous deux ont d'ailleurs évoqué une origine principalement psychique à ces symptômes. En outre, tous deux ont estimé qu'une capacité de travail est médicalement exigible du point de vue cardiologique. Pour la Dresse D_____, la recourante est capable de travailler à 50% dans son activité habituelle, en évitant les travaux lourds et en respectant les limitations fonctionnelles évoquées. Quant au Dr M_____, il a estimé que la capacité de travail est de 50%, dans une activité adaptée, l'activité habituelle étant trop physique à ses yeux. Il a également précisé qu'il admet une incapacité de travail de 50% afin de permettre à la recourante de se consacrer au traitement de sa maladie, sous la forme d'exercices modérés pratiqués hors milieu professionnel, à savoir si possible 30 minutes de marche cinq fois par semaine.

Dans ces circonstances, retenir une capacité de travail de 100% comme l'ont fait les experts paraît trop optimiste, vu l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis lors. L'appréciation du Dr M_____ est, quant à elle, trop pessimiste. En

effet, ce médecin estime justifiée la nécessité de disposer de 50% de temps libre (soit quatre heures par jour) par celle de pouvoir effectuer une marche de 30 minutes quotidiennement, ce qui apparaît pour le moins exagéré.

La capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée se situe par conséquent, du point de vue cardiologique, entre les 100% retenus par les experts et les 50% invoqués par le Dr M_____.

Conformément à la jurisprudence fédérale, lorsqu'un rapport médical indique la capacité de travail sous la forme d'une fourchette de valeurs, il convient en règle générale de se fonder sur la valeur moyenne, ce qui permet d'éviter les inégalités de traitement résultant de ce genre d'évaluation (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_280/2010 du 12 avril 2010 consid. 4.2 et les références citées). Par conséquent, la Cour de céans retiendra dans le cas d'espèce, une capacité de travail de 75% sur le plan cardiaque, étant rappelé que les autres atteintes à la santé ne sont pas incapacitantes selon les experts, ce qui n'est au demeurant pas contesté par la recourante.

12. Reste à déterminer si l'incapacité de travail moyenne de 25% est suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

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).

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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

Quant au revenu d'invalidité, 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'enquête suisse sur la structure des salaires (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). A noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1_skill_level des ESS publiées depuis 2012 (voir la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). 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).

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).

13. En l'espèce, le revenu sans invalidité de CHF 53'645.- retenu par l'OAI correspond à celui réalisé en 2012, tel qu'indiqué par l'employeur de la recourante. Actualisé à 2014, année d'ouverture du droit éventuel à la rente, le revenu sans invalidité s'établit ainsi à CHF 54'711.-.

Quant au revenu avec invalidité, il se détermine conformément à la table TA1_skill_level recensant les salaires pour l'année 2012. Selon cette table, le revenu mensuel moyen s'élevait, pour une femme, à CHF 4'112.- en 2012. Adapté au nombre d'heures dans les entreprises (41,7 heures), il équivaut à CHF 4'287.- par mois, soit CHF 51'444.- en 2012 et CHF 52'322.- en 2014, après indexation. Compte tenu des limitations fonctionnelles restreignant le choix des activités, il convient d'appliquer un abattement de 10%, ce qui porte le revenu avec invalidité à CHF 47'090.-.

La comparaison de ces revenus conduit à un degré d'invalidité de 14%, pourcentage insuffisant pour donner droit à une rente. A noter que même si on retenait un abattement de 25%, le degré d'invalidité, de 30% dans ce cas, serait toujours insuffisant.

14. A titre subsidiaire, la recourante conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle mesure d'observation/orientation professionnelle à 40%.

a. Les constatations médicales peuvent notamment être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99] ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la

capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

b. 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). La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références; ULRICH MEYER-BLASER, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, 1985, p. 82 ss et 123 ss). Quant à la condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI, elle doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. Ulrich Meyer, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, 2ème éd. 2010, ad art. 8 LAI p. 95).

b/aa. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une

formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par ailleurs, comme mentionné précédemment, seule une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités).

b/bb. Conformément à 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 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, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; voir également arrêt I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; MEYER-BLASER, op. cit., p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191; voir également Meyer, op. cit., ad art. 15 LAI p. 174).

b/cc. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la

4e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références).

A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c).

Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

15. a. En l'espèce, la recourante a déjà bénéficié d'un stage d'observation professionnelle aux EPI, du 28 juillet au 27 octobre 2014. Selon le rapport final y relatif, la recourante a exprimé, à tout le moins au début de la mesure, la peur de douleurs ou d'un nouvel infarctus si elle ne se reposait pas souvent. Elle n'a pas poursuivi cette mesure en raison d'une grande fatigue et de multiples douleurs. Or, il ressort du rapport de la PMU que c'est le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, non invalidant, qui explique les douleurs thoraciques atypiques persistantes, les lombalgies, les douleurs des membres inférieurs, l'asthénie et la dyspnée sans étiologie organique. En réalité, l'incapacité de travail reconnue par le cardiologue traitant devrait uniquement permettre à la recourante de pouvoir se consacrer au traitement médical de l'affection cardiaque. Quant au trouble somatoforme indifférencié, lequel explique notamment l'asthénie, il n'est pas incapacitant selon les experts.

Par conséquent, dans de telles circonstances, il n'est pas nécessaire d'ordonner une mesure d'observation professionnelle, destinée à déterminer la capacité de travail encore exigible.

b. Par écriture du 19 décembre 2018, l'intimée a exclu le reclassement au motif que la recourante présentait un degré d'invalidité de 1%, fort éloigné des 20% exigés. Malgré l'aggravation, le degré d'invalidité de 14% est toujours insuffisant. Dans tous les cas, la recourante n'a pas formellement évoqué une telle mesure.

Une éventuelle mesure d'orientation professionnelle n'entrerait pas non plus en considération. En effet, les limitations retenues sur le plan somatique liées aux déplacements et au port de charge sont peu importantes, étant rappelé que l'atteinte psychique n'a pas été considérée comme étant invalidante. Dès lors, dans la mesure où le marché de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations précitées et accessibles sans aucune formation particulière, il n'y a guère d'obstacles pour la recourante à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflu.

Quant à l'aide au placement, force est de constater que les éventuelles difficultés de la recourante pour trouver un emploi ne résultent pas tant de ses atteintes à la santé - qui se traduisent simplement par des limitations au niveau des déplacements et du port de charges - que de ses difficultés linguistiques et de son manque de formation, dont l'assurance invalidité n'a pas à répondre, comme cela a déjà été relevé par le Tribunal des assurances sociales notamment dans un arrêt ATAS/1296/2007 du 22 novembre 2007.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas octroyé de mesures d'ordre professionnel.

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

Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

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