

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/719/2018

ATAS/1034/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 novembre 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marco CRISANTE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1973, a travaillé en qualité de sage-femme pour différents employeurs entre le 1^{er} septembre 1997 et le 30 septembre 2016, en dernier lieu à 80%. En raison de douleurs au dos, elle a cessé cette activité pour exercer celle d'assistante médicale dans un cabinet de gynécologie du 6 septembre (recte vraisemblablement octobre) au 14 octobre 2016.
2. Le 15 décembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) en raison d'une atteinte au dos (spondyloïdèse et hernies discales L4-L5 et L5-S1).
3. Dans son rapport à l'OAI daté du 11 janvier 2017, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a expliqué suivre l'assurée depuis le 12 décembre 2016 et avoir posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombo-sacralgies mécaniques, latéralisées à droite, scoliose à double courbure ; spondyloïdèse Th 5 à L1 en 1986 et hernie discale L5-S1 droite opérée en 1998. Depuis environ trois ans, l'assurée souffrait d'une récurrence d'une douleur lombo-sacrée latéralisée à droite, se manifestant uniquement lors de l'activité professionnelle de sage-femme, lorsqu'elle devait effectuer certains gestes en porte-à-faux ou en flexion. Elle avait dès lors décidé de réorienter sa carrière et avait accepté un poste d'assistante médicale au début du mois d'octobre 2016. Les symptômes avaient disparu dans cette activité en position assise. Elle avait toutefois été licenciée après 10 jours et se trouvait au chômage. Pour le Dr B_____, l'activité habituelle de sage-femme n'était plus exigible en raison des douleurs lors des activités en porte-à-faux nécessaires à la pratique de cette profession. On pouvait toutefois s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle en tant que secrétaire. L'activité adaptée devait être exercée en position uniquement assise ou debout ou alternant les positions. L'assurée pouvait monter les escaliers. Par ailleurs, ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance n'étaient pas limitées.
4. À la fin du mois de janvier 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée depuis septembre 2001, a retenu, dans un rapport non daté, destiné à l'OAI, les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de scoliose grave, à double courbure, idiopathique, ayant nécessité une correction chirurgicale en 1986 et de hernie discale L5-S1 droite opérée en 1998. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin précité a évoqué des troubles statiques et des dorso-lombalgies récurrentes, de plus en plus invalidantes. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, l'assurée ne pouvant plus exercer les gestes habituels obligatoires pour une sage-femme. Le Dr C_____ avait évoqué une reconversion professionnelle avec l'assurée, qui avait trouvé un poste d'assistante médicale chez une gynécologue. Elle avait toutefois été licenciée dans une mauvaise ambiance de travail. Avec un reclassement professionnel, la capacité de travail serait probablement de 80% dans une activité

adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de flexion du tronc. pas de positions de flexion soutenues ni de port de charges lourdes.

5. L'OAI a soumis les rapports des Drs B_____ et C_____ établis en janvier 2017 à son service médical régional (SMR), qui a retenu dans un avis du 28 février 2017, sous la plume de la doctoresse D_____, que les atteintes à la santé, invalidantes, étaient les suivantes : lombosciatalgies chroniques latéralisées à droite (status post correction chirurgicale d'une scoliose dorsolombaire idiopathique en 1986 et d'une hernie discale L5-S1 en 1998). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée, et ce dès le mois d'octobre 2016. L'activité adaptée devait être légère (sans port de charge) et autoriser les changements de position à la guise de l'assurée, une activité prolongée en position debout ou assise n'étant pas adaptée. Par ailleurs, l'activité adaptée ne devait pas impliquer le port de charges, les positions en porte-à-faux, en flexion répétée du rachis du rachis ou encore en position accroupie.
6. Par communication du 26 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'elle prendrait en charge, à titre de mesure d'intervention précoce, les trois modules préparatoires permettant d'intégrer la formation de secrétaire médicale.
7. Par courriel du 28 avril 2017, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait réussi la pré-formation de secrétaire médicale.
8. Après deux mois consacrés à la formation au métier d'assistante médicale dans un cabinet de gynécologie, l'assurée y a été engagée pour une durée indéterminée, à compter du 1^{er} août 2017.
9. Le 7 juin 2017, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. En prenant en considération le revenu avec invalidité réalisé en qualité d'assistante médicale dans le cabinet de gynécologie et le revenu sans invalidité réalisé en qualité de sage-femme, l'office précité est arrivé à un degré d'invalidité de 16%.
10. Par courrier du 17 octobre 2017, l'OAI a sollicité des précisions de l'assurée, notamment sur l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail (stationnaire, aggravation, amélioration), le nom du médecin traitant, si elle avait repris une activité professionnelle et dans l'affirmative, laquelle, les revenus actuels et leur nature.
11. Un rappel lui a été adressé le 13 novembre 2017.
12. Dans une note interne datée du 24 novembre 2017, l'OAI a retenu le statut d'active, l'assurée ayant repris une activité à 100% dès le 6 septembre (recte octobre) 2016.
13. Par projet de décision du 24 novembre 2017, confirmé le 19 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, le degré d'invalidité de 16% obtenu après comparaison des revenus étant insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles de reclassement.

14. Par courrier du 16 janvier 2018, reçu par l'OAI le 22 janvier 2018, l'assurée a informé l'office précité du fait que son état de santé s'était péjoré courant 2017. Le Dr C_____ avait ainsi délivré un certificat d'incapacité de travailler à compter du 5 décembre 2017. Ses médecins estimaient en effet qu'une activité à 50% était nécessaire pour maintenir son état de santé stable à long terme et sa capacité de travail dans une activité adaptée.
15. Le 28 février 2018, sous la plume de son conseil, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision du 19 janvier 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, à la réalisation d'une expertise. À l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment considéré qu'un degré d'invalidité de 50% devait être retenu au vu de son incapacité de travail de 50%, documentée par les Drs B_____ et C_____ et indispensable pour lui permettre de préserver sa capacité résiduelle de travail.
16. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu par écriture du 21 mars 2018 et a conclu au rejet du recours. Après avoir renvoyé aux motifs de la décision querellée, l'intimé a constaté que la recourante ne produisait aucune pièce et qu'elle n'avancait aucun argument susceptible de remettre en question la décision du 19 janvier 2018, les certificats médicaux n'étant notamment pas détaillés.
17. Le 18 avril 2018, la recourante a produit un chargé complémentaire comprenant les pièces suivantes :
 - Un rapport du Dr C_____ du 26 mars 2018, dans lequel ce médecin a expliqué que l'expérience en qualité d'assistante médicale avec deux gynécologues en pratique privée avait été très éprouvante tant physiquement que moralement. Après en avoir discuté avec le Dr B_____, le médecin précité avait mis la recourante au bénéfice d'une réduction de son activité, à 50%, dès le 5 décembre 2017. La réduction du temps de travail, dans une activité et une ambiance de travail difficiles, avait manifestement permis une certaine amélioration de la situation, la recourante disposant de plus de temps pour se reposer et mettre en application les stratégies rééducatives dont elle avait besoin.
 - Un rapport du Dr B_____ du 12 avril 2018, dont il ressort que la reprise d'une activité professionnelle à 100% et l'arrêt des activités sportives habituelles avaient conduit à une décompensation douloureuse, avec des douleurs cervicales axiales, une douleur lombaire paravertébrale droite irradiant dans la cuisse latéralement et une fatigue à la marche et à la station debout prolongée. Cela confirmait l'impossibilité à effectuer une activité à plus de 50%. Une charge à 100% n'était pas compatible avec la pathologie rachidienne malformative et dégénérative sévère. Il existait toutefois une capacité de travail résiduelle. Une augmentation jusqu'à une activité totale semblait surréaliste. Cette capacité était également justifiée dans l'activité d'assistante médicale et il

convenait d'adapter cette activité pour un poste fixe, sans déplacement, sans port de charges, avec un bureau réglable en hauteur. Le traitement consistait en la prise d'anti-inflammatoires et de myorelaxants, ce qui avait permis un certain soulagement. Par ailleurs, de la physiothérapie avait été prescrite.

18. Le 9 mai 2018, se référant à l'avis de son SMR du 30 avril 2018 produit en annexe, l'OAI a persisté dans ses conclusions en rejet du recours et en maintien de la décision annexée.

Dans l'avis du 30 avril 2018 précité, le docteur E_____, médecin au SMR, a considéré que le Dr C_____ ne mentionnait aucun élément médical permettant de retenir une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. Le médecin traitant insistait en effet plus sur le climat professionnel difficile (activité et ambiance de travail pas très faciles). Quant au Dr B_____, quand bien même il signalait une aggravation des douleurs depuis la reprise d'une activité, il évoquait également la nécessité d'une meilleure adaptation (poste fixe sans déplacement, avec bureau réglable en hauteur) et signalait la mise en place d'un traitement léger, lequel pouvait très vraisemblablement améliorer la symptomatologie douloureuse. En conclusion, pour le Dr E_____, l'éventuelle aggravation n'était que subjective et ne pouvait être durable avec le début du traitement anti-inflammatoire et myorelaxant et un climat professionnel plus relaxant. Il confirmait ainsi les précédentes conclusions, selon lesquelles la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de sage-femme, trop physique, mais pleine dans toutes les activités strictement adaptées.

19. Le 13 juin 2018, la recourante a encore produit un rapport du Dr C_____ daté du 6 juin 2018, dont il ressort qu'il n'y avait effectivement pas eu d'éléments +nouveaux dans le sens d'éléments visibles, palpables et/ou « radiographables ». Cela étant, l'incapacité de travail était liée à la péjoration des capacités fonctionnelles de la recourante, à l'aggravation quotidienne de ses douleurs et aux difficultés majeures à gérer des moments de repos suffisants pour structurer un programme quotidien de rééducation et de maintien de sa condition physique. Le Dr B_____ et lui-même avaient imaginé qu'un travail plus léger que celui de sage-femme aurait pu être suffisant pour permettre à la recourante de « fonctionner » professionnellement sans restrictions. Cela s'était toutefois avéré rapidement irréalisable et cela n'était aucunement lié à l'ambiance de travail.
20. Après transmission de ces pièces à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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 une demi-rente d'invalidité, singulièrement sur la possibilité pour l'intimé de statuer en l'état du dossier et sur l'importance de l'incapacité de travail de la recourante.
5. À titre liminaire, il convient d'examiner si l'intimé était autorisé à statuer en l'état du dossier.
 - a. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

À teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

- b. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les

conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 p. 183 s.; arrêt du Tribunal fédéral du 15 octobre 2013 - 8C_195/2013).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2; voir également, KIESER, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2003, n. 41 ad art. 43; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 1999, ch. 275; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, 1999, no 229, p. 108 s.; MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 256; RIEMER-KAFKA, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Fribourg 1999, p. 210). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral I_906/05 du 23 janvier 2007).

c. Selon l'art. 7b al. 1 LAI, en dérogation à l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion si l'assuré ne s'est pas annoncé sans délai à l'AI malgré l'injonction donnée par l'office AI en vertu de l'art. 3c, al. 6, et que cette omission a prolongé ou aggravé l'incapacité de travail ou l'invalidité (let. a) ; a manqué à son obligation de communiquer au sens de l'art. 31, al. 1, LPGA (let. b) ; a obtenu ou tenté d'obtenir indûment des prestations de l'AI (let. c) ou ne communique pas à un office AI les renseignements dont ce dernier a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi (let. d).

L'art. 7b al. 2 LAI ne permet toutefois un refus de prestation sans avertissement préalable assorti d'un délai de réflexion qu'en cas de violation qualifiée des obligations, ce qui est le cas notamment en présence d'un comportement constitutif d'une escroquerie en droit pénal ou qui suppose au moins une falsification consciente des résultats d'un examen médical, par exemple par la simulation d'un état de santé diminué (arrêt du Tribunal fédéral 9C_744/2011 du 30 novembre 2011).

6. En l'espèce, le 15 décembre 2016, la recourante a saisi l'intimé d'une demande de prestations en raison d'une atteinte au dos. Au cours du mois de janvier 2017, les

Drs B _____ et C _____ ont chacun adressé à l'OAI un rapport, dans lequel ils se sont prononcés sur l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail. Ces rapports ont été soumis au SMR qui a établi un avis en date du 28 février 2017. Le 17 octobre 2017, l'OAI a sollicité des précisions de l'assurée, s'agissant notamment de l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail. Un rappel lui a été adressé le 13 novembre 2017. Sans nouvelles de la part de la recourante, l'OAI lui a adressé un projet de décision en date du 24 novembre 2017, confirmé le 19 janvier 2018 sans que la recourante ne se soit manifestée.

En réalité, en ne répondant pas au courrier du 17 octobre 2017 et au rappel du 13 novembre 2017, la recourante a refusé de collaborer à l'instruction du dossier. Toutefois, le dossier ne permet pas de retenir que la recourante aurait fait une violation qualifiée de son obligation de collaborer (voir *supra* consid. 6c *in fine*), de sorte que pour pouvoir statuer en l'état du dossier, l'intimé devait lui adresser une mise en demeure écrite, en l'avertissant des conséquences juridiques et en lui impartissant un délai de réflexion convenable.

Or, force est de constater que l'office intimé n'a pas respecté cette procédure. En effet, ni le courrier du 17 octobre 2017 ni le rappel du 13 novembre 2017 ne comportaient une mise en demeure avec indication des conséquences juridiques et délai de réflexion. Par ailleurs, dans la mesure où l'OAI connaissait l'identité des médecins traitants de la recourante, il lui était possible de se renseigner sur l'évolution de l'état de santé de celle-ci sans difficultés ni complications spéciales.

Ainsi, en statuant en l'état du dossier, sans mise en demeure et délai de réflexion et sans avoir demandé une mise à jour directement aux médecins traitants de l'assurée, l'intimé a violé la procédure prévue par l'art. 43 al. 3 LPGA, applicable en matière d'assurance-invalidité par le biais de l'art. 1 LAI.

La décision querellée doit donc être annulée pour ce motif déjà.

Cela étant, même si l'OAI avait été en droit de statuer en l'état du dossier sans mise en demeure et délai de réflexion, la cause aurait quoi qu'il en soit dû être renvoyée à l'intimé, faute de rapports probants au dossier, comme cela ressort des considérations suivantes.

7. a. 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 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).

b. 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).

c. Selon les 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.

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

9. a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les

arrêts cités ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances 8C_441/2007 du 6 mai 2008 consid. 4.2 et I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

b. 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).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. a. À titre liminaire, il convient de relever que l'activité habituelle de la recourante était celle de sage-femme. En raison de son atteinte à la santé, elle a décidé de quitter, avec effet au 30 septembre 2016, cette activité pour exercer celle d'assistante médicale, qu'elle considérait comme plus adaptée. Elle a ainsi travaillé dix jours pour une gynécologue en octobre 2016. Avec l'aide de l'OAI, elle a suivi une pré-formation d'assistante médicale entre janvier et avril 2017. En d'autres termes, la recourante a appliqué le principe de la réadaptation par soi-même et a tenté une reconversion professionnelle.

La recourante a été engagée à 100% en tant qu'assistante médicale par un cabinet de gynécologie à compter du 1^{er} mai 2017. Toutefois, les Drs B_____ et C_____ ont estimé que sa capacité de travail était de 50% dès le 5 décembre 2017. Ces rapports, produits en cours de procédure, n'ont donc pas pu être pris en considération dans la décision querellée. L'OAI les a cependant soumis à son SMR, qui a confirmé son avis du 28 février 2017 (voir avis du 30 avril 2018). Se fondant sur ce dernier avis, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours et en confirmation de la décision querellée.

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante des rapports des Drs B_____ et C_____ justifiant une capacité de travail de 50%.

b. Force est de constater que les rapports des médecins précités des 26 mars, 12 avril et 6 juin 2018 ne comportent pas d'anamnèse, pas de description des plaintes de l'assuré ni de constatations objectives. Leurs conclusions ne sont ni claires ni motivées. En effet, lesdits rapports ne permettent pas de comprendre pour quelles raisons l'activité d'assistante médicale ne serait pas adaptée à l'état de santé de la recourante, les médecins évoquant l'ambiance de travail (reprise d'une activité éprouvante moralement ; ambiance de travail pas très facile), l'activité en tant que telle (reprise d'une activité éprouvante physiquement, activité pas très facile ; adaptation de l'activité) et le manque de temps (pour mettre en pratique les stratégies rééducatives ; arrêt des activités sportives habituelles). Concrètement, on ne sait pas si c'est la profession même d'assistante médicale à 100% qui est incompatible avec l'état de santé de la recourante ou si c'est plus particulièrement l'activité dans le cabinet de gynécologie dans lequel elle travaillait ou plus généralement chez un gynécologue qui comprend des contraintes qui ne sont pas compatibles avec son état de santé.

Une pleine valeur probante doit dès lors être niée aux rapports des Drs B_____ et C_____.

c. L'avis du SMR du 30 avril 2018 est un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) qui a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux ressortant des rapports des Drs C_____ et B_____ des 26 mars, respectivement 12 avril 2018. Dans cet avis, le Dr E_____ considère que le dossier ne comporte aucun élément médical permettant de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante. Dans les deux avis (28 février 2017 et 30 avril 2018), les médecins du SMR se sont uniquement prononcés sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, qu'ils n'ont pas précisée. Les médecins du SMR ne se sont jamais exprimé sur l'exigibilité de l'activité d'assistante/secrétaire médicale.

En persistant dans les termes de la décision querellée, à savoir en persistant à procéder à une comparaison des revenus en prenant en considération le salaire d'assistante médicale à titre de revenu avec invalidité, l'OAI s'est en réalité écarté de l'avis du SMR. En effet, celui-ci ne s'est jamais prononcé sur la capacité de

travail dans l'activité de secrétaire/assistante médicale, se contentant de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Or, rien dans le dossier ne permettait à l'office précité de considérer que l'activité d'assistante médicale était adaptée. En effet, les médecins traitants ont considéré que seule une activité partielle était exigible. De son côté, le SMR ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité de cette activité. Or, s'il s'avérait que l'activité de secrétaire/assistante médicale n'était effectivement pas adaptée, il conviendrait alors de procéder à la comparaison des revenus en appliquant les salaires statistiques ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et non le salaire d'assistante médicale, ce qui pourrait le cas échéant modifier le degré d'invalidité et, partant, ouvrir le droit à des mesures de reclassement, voire à une rente.

Dans de telles conditions, même dans l'hypothèse où l'OAI aurait pu statuer en l'état du dossier, la cause aurait quoi qu'il en soit dû être renvoyée pour instruction complémentaire sur la question de la capacité de travail dans l'activité d'assistante médicale, voire dans une activité adaptée et, cela fait, pour nouveau calcul du degré d'invalidité.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 19 janvier 2018 sera annulée.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 19 janvier 2018.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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