RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1037/2020 **ATAS/489/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 mai 2021

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, représentée par le docteur D_____	recourante

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1974, mariée et mère de quatre enfants âgés entre 20 et 30 ans, a travaillé en qualité de femme de chambre jusqu'en 2004.

2. De 2004 à 2006, l'intéressée a été au chômage, puis a effectué différents stages. Elle a notamment exercé l'activité de femme de chambre pour l'entreprise B_____ SA du 18 juillet 2017 au 31 août 2017 à raison de 25 heures par semaine.

3. L'assurée est porteuse du virus de l'immunodéficience humaine (ci-après : VIH), diagnostiqué en 2008. Le 23 mars 2018, elle a consulté le docteur C_____, médecin interne auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), pour un suivi d'anémie.

4. Dans son rapport du 26 mars 2018, établi après avoir reçu le résultat des analyses de sang des laboratoires d'hématologie, de virologie et de chimie clinique des urgences du 23 mars 2018, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée avait signalé des lombalgies mécaniques sans déficit neurologique apparues il y a six mois. La liste des problèmes actifs comprenait un syndrome lombo-vertébral chronique en cours d'investigation, une anémie normochrome normocytaire sur état ferriprive et une carence en acide folique, une HTA non traitée, la présence d'un HPV de haut risque et une insuffisance sévère en vitamine D. Le médecin a relevé que l'anémie s'était corrigée et qu'on ne retrouvait ni de carence martiale ni de déficit en acide folique. L'arrêt de travail était reconduit pour un mois en raison des lombalgies et il convenait de compléter le bilan par des radiographies lombaires.

5. L'assurée a été mise en arrêt de travail total du 23 mars 2018 au 31 mai 2018 (cf. certificats médicaux du Dr C_____ des 23 mars 2018 et 7 mai 2018).

6. Le 7 mai 2018, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une infection et des douleurs chroniques depuis 2008.

7. Dans un questionnaire médical de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) rempli le 17 mai 2018, le Dr C_____ a indiqué que le dernier contrôle remontait au 26 mars 2018. Le début de sa maladie remontait au mois de septembre 2017. L'aptitude à la réadaptation avait débuté le 26 mars 2018, étant précisé qu'elle avait été mise en incapacité de travail totale du 23 mars 2018 au 31 mai 2018. Sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, précisant que ses limitations fonctionnelles comprenaient le port de charges lourdes et la position assise et debout prolongée. Il a précisé que l'assurée était porteuse du VIH-1, diagnostiqué en 2008. Elle était sous trithérapie et le traitement était bien contrôlé. Elle souffrait de lombalgies chroniques invalidantes sans déficit neurologique. Il a retenu, à titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un syndrome lombo-vertébral diagnostiqué le 23 mars 2018, précisant que la capacité de travail était conservée à condition d'adapter et de réorienter l'assurée vers un travail moins exigeant pour le dos. Le pronostic sur le potentiel de réadaptation était

« très bon ». En revanche, si l'assurée persistait à travailler dans les ménages, les symptômes allaient s'empirer.

8. Le 24 mai 2018, l'assurée a subi une radiographie de la colonne lombaire.

9. Dans un rapport médical du 31 août 2018, le Dr C_____ a relevé que la radiographie de la colonne lombaire ne montrait ni tassement ni trouble de la statique. Les examens étaient en faveur d'un syndrome lombo-vertébral sans atteinte neurologique. Une perte de poids était nécessaire et des conseils hygiéno-diététiques étaient donnés.

10. Dans un rapport médical intermédiaire du 17 septembre 2018, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que les diagnostics restaient inchangés. Le dernier examen médical remontait au 24 août 2018. L'assurée souffrait toujours de lombalgies chroniques et le pronostic dépendait de l'activité exercée. La reprise de travail était possible à condition de trouver un emploi adapté.

11. Par communication du 9 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.

12. Dans une note de travail du 23 octobre 2018, l'OAI a retenu comme date de début de l'incapacité de travail le mois de septembre 2017 selon le rapport médical du Dr C_____ du mois de mai 2018. Une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était exigible dès le 26 mars 2018.

13. Dans une « note statut » du même jour, l'OAI a retenu un statut mixte avec un taux d'activité à 60 %, sur la base des informations indiquées sur la demande de prestations formée par l'assurée, de celles transmises par son dernier employeur, la société B_____ jusqu'à son atteinte à la santé et de ses comptes individuels.

14. Par communication du 18 janvier 2019, l'OAI a pris en charge une mesure d'aide au placement auprès de la Fondation intégration pour tous (ci-après : IPT) d'une durée de six mois.

15. Par certificat médical du 4 mars 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a attesté d'une incapacité de travail entière de l'intéressée du 4 mars au 31 mars 2019.

16. Le 11 mars 2019, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a indiqué que, sans atteinte à sa santé, elle aurait souhaité travailler à plein temps comme femme de chambre ou dans le domaine du nettoyage. L'assurée avait indiqué qu'elle devait travailler à plein temps pour payer ses factures. Elle vivait avec son fils cadet, E_____, né en 1999, et son époux. Après avoir décrit les atteintes de l'assurée, ses empêchements dans les différents champs d'activité, ainsi que l'aide qui lui était apportée par ses proches, l'enquêtrice est parvenue à la conclusion que les empêchements ménagers s'élevaient à 0 %, compte tenu de l'aide (de 6.5 %) exigible de la part de l'époux et du fils de l'assurée.

17. Le 5 décembre 2019, le rapport d'IPT a relevé que la cible professionnelle de caissière était validée. Un stage sur une période plus longue dans la cible de caissière pouvait permettre à l'assurée d'augmenter son expérience et la rendre plus attractive sur le marché du travail, sans parler de l'aspect positif de la confiance en elle.

18. Par projet de décision du 7 janvier 2020, confirmé par décision du 17 février 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Le statut de l'assurée retenu dans la situation d'espèce était celui d'une personne se consacrant à 60 % à son activité professionnelle et à 40 % à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) reconnaissait une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 1er septembre 2017 (début du délai d'attente d'un an). Son état de santé s'était amélioré à partir du mois de mars 2018. Dès cette période, l'OAI estimait que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations. Dans la sphère ménagère, il ressortait de l'enquête que l'assurée ne présentait pas d'empêchements pour accomplir ses travaux ménagers. Dans la sphère professionnelle, la comparaison des revenus mettait en évidence une perte de gain de 0 %, sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 39'808.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 49'247.- (tenant compte d'une diminution de rendement de 10 %). Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation particulière.

19. Le 12 mars 2020, le docteur D_____ a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis mars 2018. Il avait constaté une persistance de la symptomatologie douloureuse lombaire, aggravée par l'activité physique dans l'activité quotidienne, malgré un traitement antalgique et physiothérapeutique bien conduit. Les exercices d'étirement à domicile n'avaient pas conduit à une amélioration du syndrome douloureux. Elle présentait également une asthénie importante, secondaire à sa médication antirétrovirale contre le VIH, les antalgiques et une anémie ferriprive ne répondant pas à la substitution de fer per os. Si un doute devait subsister quant à son invalidité, il convenait de mettre en œuvre une expertise médicale incluant un spécialiste en rhumatologie.

    À l'appui de son courrier, il a produit :

    - une IRM de la colonne lombaire du 9 mars 2020 attestant de « discopathie et arthrose inter-facettaire entre L2 et S1 », ainsi que d' « une anomalie de signal des coins vertébraux de L3 et L4, pouvant correspondre à des lésions de Romanus » et posant la question de savoir s'il s'agissait d'un argument clinique pour une spondylarthropahie inflammatoire ;

    - des analyses de laboratoire, dont le bilan immunologique mettait en évidence un risque de micro-inflammation modéré (dosage de protéine C-réactive [CRP] = 2.8 mg/l pour une norme jusqu'à 5 mg/l).

20. Par acte du 27 mars 2020, l'assurée, par l'intermédiaire de son médecin traitant, le Dr D_____, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Elle a repris l'argumentation développée dans le courrier du médecin du 12 mars 2020.

21. Par réponse du 24 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à l'avis du SMR du 9 avril 2020, selon lequel le médecin traitant de l'assurée n'apportait pas d'élément médical permettant de retenir une aggravation par rapport à sa situation médicale décrite par le Dr C_____. Il n'était pas décrit d'irradiations ni de déficit neurologique. La CRP, indicateur de l'inflammation, était dans la norme, et ainsi une pathologie inflammatoire pouvait être raisonnablement exclue. Les lésions de Romanus décrites à l'IRM, en l'absence de syndrome inflammatoire clinique, étaient compatibles avec une atteinte dégénérative. Le résultat de l'IRM relevait une discrète atteinte dégénérative, ainsi que des débords discaux qui en L4-L5 entraient en contact avec la racine L5. Cependant, ceci était une description radiologique, qui n'était pas corrélée à l'atteinte clinique, aucune sciatalgie ou déficit neurologique n'étant décrit chez cette assurée. Des troubles dégénératifs modérés, associés à une discopathie modérée, non accompagnés de déficit neurologique ni de pathologie inflammatoire, étaient tout à fait compatibles avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée en respectant des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire, comme le retenait son médecin traitant en 2018. En ce qui concernait la présence d'une anémie ferriprive, le SMR pouvait constater que l'anémie était minime et ne pouvait en aucun cas expliquer une asthénie entraînant une diminution de la capacité de travail. Les traitements antiviraux pouvaient entraîner une légère asthénie, mais l'assurée était sous traitement antiviral depuis des années, ce qui ne l'avait pas empêchée de travailler. En ce qui concernait les antalgiques, seules des fortes doses de dérivés d'opiacés pourraient expliquer une asthénie entraînant une baisse de la capacité de travail. Il s'ensuivait que la capacité de travail habituelle de femme de chambre de l'assurée n'était plus exigible, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire, depuis au moins mars 2018.

22. La chambre de céans a convoqué les parties à une audience d'enquêtes et de comparution personnelle le 23 mars 2021, lors de laquelle l'assurée a confirmé qu'elle vivait avec son fils et son époux. Sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %. L'activité exercée pour le compte de l'entreprise B_____, dont la rémunération s'élevait à CHF 21.18 l'heure, était une activité sur appel pour laquelle elle travaillait en moyenne 25 heures par semaine. L'emploi s'était terminé car son employeur n'avait plus de travail à lui proposer. De 2004 à 2006 environ, elle avait travaillé pour la même entreprise (qui avait à l'époque un autre nom). Suite à cela, elle avait été à l'assurance-chômage, période durant laquelle elle avait cherché toute activité en lien avec le ménage, sans restrictions en fonction du taux d'activité.

Entendu en qualité de témoin, le Dr C_____ a précisé qu'il avait fixé le début de l'incapacité de travail en septembre 2017 sur la base de l'anamnèse effectuée en mars 2018, car cette date correspondait à l'apparition des premières douleurs lombaires. Il a confirmé que, lors de la consultation aux HUG en 2018, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La radiographie lombaire du 24 mai 2018 n'avait révélé aucune aggravation de son état de santé. Questionné au sujet de l'IRM de la colonne lombaire du 9 mars 2020, il a répondu qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur l'évolution de son état de santé sur la base de cette seule imagerie. Il convenait de refaire une anamnèse et un examen médical avec des analyses de sang pour se déterminer sur une éventuelle aggravation. Sur la base de l'IRM, il constatait néanmoins un nouveau diagnostic, soit une atteinte inflammatoire qui serait une maladie chronique auto-immune. Cela étant, avant de poser un tel diagnostic, un suivi chez un rhumatologue était nécessaire. Il a confirmé que l'IRM attestait de plusieurs hernies discales et d'arthrose. Enfin, il a souligné l'aspect psychosocial dans la prise en charge des douleurs lombaires. Ces douleurs étaient exacerbées par d'autres facteurs, tels que les autres atteintes du patient, en l'occurrence le VIH et le problème de poids, ainsi que l'aspect psychologique et la situation sociale du patient. Or, l'avis du SMR ne tenait pas compte de ce contexte. Par ailleurs, d'après lui, la CRP n'excluait pas forcément une pathologie inflammatoire. Il a ajouté que si une pathologie inflammatoire était diagnostiquée, cela n'entraînerait pas forcément une diminution de la capacité de travail et il conviendrait de trouver un traitement adapté. Quant à l'anémie, il a précisé qu'à l'époque où il était le médecin traitant de l'assurée, elle n'entraînait pas à elle seule de diminution de sa capacité de gain.

23. Le 15 avril 2021, invité à se déterminer sur le procès-verbal de l'audience, l'OAI a fait valoir que l'IRM du 9 mars 2020, en tant qu'elle était postérieure à la décision attaquée, ne pouvait pas être prise en compte dans la présente procédure. Cela était d'autant plus vrai que le Dr C_____ avait déclaré que cette imagerie avait révélé non pas une aggravation potentielle mais une éventuelle nouvelle atteinte. Or, à l'heure actuelle, cette hypothétique nouvelle atteinte n'avait encore été ni traitée ni même identifiée. Dans cette mesure, un nouveau délai de carence d'une année devait être appliqué avant de pouvoir potentiellement la prendre en compte. Dans un avis du même jour, le SMR a relevé que le rapport d'IRM du 9 mars 2020 relevait des discopathies étagées avec des protrusions discales, mais pas d'hernies discales. Par ailleurs, le SMR n'avait pas à prendre en compte des facteurs psychosociaux pour évaluer une capacité de travail dans le contexte de lombalgies.

24. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'assurée.

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. 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).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

   L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

   En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

5. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

6. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

   Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

7. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

   On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en

cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. C'est aux experts médicaux qu'il appartient d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 consid. 3.2 p. 195 s.). Il est également exact que le Tribunal fédéral a jugé que les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2018 du 20 août 2018 consid. 4.2 et les références). Ces principes ne signifient cependant pas que le médecin a la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Son rôle consiste à prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir à procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. Les données médicales constituent un élément important pour l'appréciation juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Elles peuvent si nécessaire être complétées pour évaluer la capacité fonctionnelle pouvant être mise économiquement à profit par l'avis des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 p. 195 s. et les arrêts cités). Dans les cas où les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_68/2017 du 18 avril 2017 consid. 4.4.2 ; 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les arrêts cités).

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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

    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). Ils 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005).

11. Dans la décision entreprise, l'intimé a considéré que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis mars 2018. Il s'est fondé, en cela, sur l'appréciation du Dr C_____, médecin traitant de la recourante, selon laquelle sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis le 26 mars 2018 et que ses limitations fonctionnelles concernaient le port de charges lourdes et la position assise et debout prolongée (cf. questionnaire médical AI du 17 mai 2018 et rapport médical intermédiaire du 17 septembre 2018). L'appréciation de ce médecin est basée sur des examens cliniques, des analyses de laboratoire du 23 mars 2018 et un examen radiographique de la colonne lombaire du 24 mai 2018.

    Devant la chambre de céans, la recourante se prévaut d'un rapport d'IRM de la colonne lombaire réalisée le 9 mars 2020, attestant d'une discopathie et arthrose inter-facettaire entre L2 et S1, avec en L4-L5 un débord discal venant au contact de l'émergence de la racine L5 droite, et d'une anomalie de signal des coins vertébraux de L3 et L4 pouvant correspondre à des lésions de Romanus et pouvant constituer un argument clinique pour une spondylarthropathie inflammatoire.

    Dans la mesure où la décision entreprise date du 17 février 2020, la question se pose de savoir si les éléments mentionnés dans ce rapport peuvent être pris en compte dans la présente procédure. Cette question peut toutefois demeurer indécise puisque les éléments au dossier permettent de nier l'existence d'une aggravation de

l'état de santé de la recourante ayant une incidence sur sa capacité de travail depuis les derniers rapports médicaux du Dr C_____ attestant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, entendu en audience, le Dr C_____ a relevé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la base de cette seule imagerie sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente. D'après l'intéressé, il convenait de refaire une anamnèse et un examen médical avec des analyses de sang. La médecin du SMR considère, pour sa part, que l'IRM du 9 mars 2020 ne révèle aucune aggravation par rapport à la situation médicale décrite antérieurement par le Dr C_____. D'après la doctoresse, l'IRM fait état d'une discrète atteinte dégénérative ; or, des troubles dégénératifs modérés associés à une discopathie modérée non accompagnée de déficit neurologique ni de pathologie inflammatoire étaient tout à fait compatibles avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée en respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire (cf. avis du SMR du 9 avril 2020). Lors de l'audience devant la chambre de céans, le Dr C_____ s'est rallié à cette appréciation, tout en considérant qu'il convenait de demander l'avis à un rhumatologue et de procéder à une analyse de sang, ainsi qu'à une anamnèse. Il n'a toutefois pas contesté le caractère discret de l'atteinte. Ainsi, en l'absence d'avis médical contraire, il convient de suivre la médecin du SMR sur ce point. Il s'ensuit que, même à considérer que la discopathie et l'arthrose mentionnées dans le rapport d'IRM du 9 mars 2020 constituent des éléments étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue, force est de retenir qu'aucun élément au dossier ne vient contredire l'avis du SMR selon lequel leur existence serait tout à fait compatible avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le Dr C_____ évoque certes un nouveau diagnostic, soit une atteinte inflammatoire qui serait une maladie auto-immune. Or, le SMR a relevé que les analyses de laboratoire font état d'une CRP dans la norme, ce qui vient à exclure une pathologie inflammatoire. Le Dr C_____ a certes précisé en audience que, contrairement à ce qu'indiquait le SMR, la CRP n'excluait pas forcément une pathologie inflammatoire. Force est toutefois de constater que, dans le cas de la recourante, la CRP, qui est généralement considérée comme bon marqueur biologique de l'inflammation, indique 2,8 mg/l, ce qui est largement en-deçà du seuil de 5 mg/l pouvant indiquer une infection. À cela s'ajoute qu'à teneur du dossier, aucune inflammation n'a été décelée aux examens cliniques de la recourante. Quoiqu'il en soit, il convient de relever que le rapport d'IRM évoque uniquement un diagnostic potentiel, se limitant à poser la question de savoir si l'anomalie de signal des coins vertébraux de L3 et L4 est un argument clinique pour une spondylarthropathie inflammatoire. Or, ce diagnostic, nullement confirmé au dossier, n'est pas suffisant pour obliger une investigation complémentaire à ce stade. Il sera toutefois précisé qu'il reste loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande auprès de l'intimé en cas de nouvelle atteinte avérée.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de se fonder sur l'appréciation médicale – non contestée par un avis médical contraire et à laquelle s'est ralliée la médecin du SMR – du Dr C_____ selon laquelle la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité actuelle de femme de chambre, depuis 2017, mais que s'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire, cette capacité de travail est entière depuis mars 2018. La recourante n'avance en effet aucun argument de nature à remettre en cause cette conclusion. La persistance de la symptomatologie douloureuse lombaire ne permet en tout cas pas de s'en écarter dans la mesure elle avait déjà été prise en compte dans l'appréciation du Dr C_____, qui a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Quant à l'asthénie, la recourante n'apporte aucune pièce permettant de retenir que celle-ci aurait une importance telle qu'elle justifierait une réduction de sa capacité de travail. Le SMR avait d'ailleurs constaté, sans être contesté sur ce point, que l'anémie était minime (hémoglobine à 117 g/l, la norme étant à 120 g/l ; cf. avis du SMR du 9 avril 2020) et qu'elle ne pouvait en aucun cas expliquer une asthénie entraînant une diminution de sa capacité de travail. Il sera également relevé que, lors du prélèvement du 25 février 2020 (pièce 11, intimé), la ferritine présentait la même valeur que lors de l'analyse du 20 février 2018 (pièce 60 intimé), soit 10 µg/l. Le Dr C_____ a du reste précisé en audience qu'à elle seule, l'anémie présentée par sa patiente n'entraînait pas de diminution de sa capacité de travail à l'époque où il suivait l'assurée. La chambre de céans considère dès lors comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée depuis mars 2018.

On relèvera au demeurant que cette conclusion est partagée par les spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles. Les responsables de la Fondation IPT ont en effet validé la cible professionnelle de caissière, testée dans un environnement précis, soulignant toutefois un manque de confiance en soi et d'adaptation face au cadre professionnel (cf. rapport final de la Fondation IPT du 5 décembre 2019).

12. Reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante.

13. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues, soit la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), la méthode spécifique (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI – RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), ou la méthode mixte (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il faut examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut, c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références).

S'agissant de la méthode de comparaison des revenus, l'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité au sens de l'art. 16 LPGA) se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1 ; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les arrêts cités ; cf. aussi arrêts 8C_728/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.1 et 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2). Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur,

mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 et les références).

14. En l'occurrence, l'intimé a évalué le degré d'invalidité selon la méthode mixte, en retenant un statut de personne active à temps partiel (parts consacrées à l'activité professionnelle de 60 % et aux activités ménagères de 40 %). Il s'est fondé en cela sur les déclarations du dernier employeur de la recourante selon lesquelles l'intéressée travaillait à raison de 25 heures par semaine. Il ressort toutefois du dossier, en particulier des déclarations de la recourante devant la chambre de céans et lors de l'enquête économique sur le ménage, que c'est en raison de difficultés liées au marché du travail que celle-ci n'a pas exercé d'emploi à plein temps avant son atteinte la santé, et non par choix. On peut donc se demander s'il convient de lui reconnaître un statut d'active à 100 %. La question du statut peut toutefois rester ouverte puisque, comme on le verra, même en se fondant sur un statut d'actif, le taux d'invalidité ne donnerait pas droit à une rente.

    S'agissant d'abord des conclusions de l'enquête ménagère, elles sont convaincantes et non contestées. Les déclarations de la recourante en audience, selon laquelle son époux l'aide dans les activités quotidiennes permettent en outre de valider l'exigibilité de 6.5 % retenue par l'enquêtrice. Il convient donc de s'en tenir aux empêchements ménagers attestés par ce document, lesquels s'élèvent à 0 % en tenant compte de l'aide exigible des proches.

    S'agissant ensuite de la sphère professionnelle, l'intimé a fixé le revenu sans invalidité de la recourante à CHF 23'885.- (correspondant à un taux de 60 %) sur la base du salaire horaire de CHF 21.18, tel que transmis par son ancien employeur, l'entreprise B_____. Ce raisonnement ne prend cependant pas en considération le fait que la recourante a perdu son emploi pour des motifs étrangers à l'invalidité. La recourante percevait en effet des indemnités de l'assurance-chômage de 2004 à 2006, puis a effectué différents stages, avant d'exercer l'activité de femme de chambre pour l'entreprise B_____ du 18 juillet 2017 au 31 août 2017 à raison de 25 heures par semaine. Entendue en audience, l'intéressée a précisé que son emploi avait pris fin car l'entreprise n'avait plus de travail à lui proposer. À la lecture du questionnaire pour l'employeur du 15 juin 2018, on constate du reste que l'employeur de l'assurée ne fait pas mention d'éventuels problèmes médicaux qui auraient motivé la fin des rapports de travail. La recourante n'a pas été en incapacité de travail durant la période d'emploi et l'employeur a résilié le contrat en raison d'une « période d'essai non concluante ». Dans ces circonstances, dans la mesure où la fin des rapports de travail n'était pas liée à une raison médicale et que la recourante n'a pas poursuivi cette activité à long terme, on ne peut admettre que la recourante aurait poursuivi son activité auprès du même employeur. Par conséquent, c'est à tort que l'intimé s'est fondé sur le revenu effectif perçu par la recourante du 18 juillet 2017 au 31 août 2017 plutôt que sur le salaire statistique pour fixer le revenu sans invalidité. Il convient donc de fixer le revenu sans

invalidité en fonction du revenu statistique qu'une femme peut tirer d'activités simples et répétitives, tous domaines confondus, niveau de compétence 1.

Quant au salaire d'invalide, vu l'activité de substitution exigible de la recourante dans un emploi adapté, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 1). Il s'agit donc du même salaire statistique que pour le revenu sans invalidité, dès lors que la recourante possède une capacité de travail dans un emploi, tel que le métier de caissière ou tout autre métier ne nécessitant pas de formation spécifique, et qui soit simple et répétitif. Lorsque comme en l'espèce, les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, dès lors que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 151/06 du 29 juin 2007 consid. 7.2.1 et I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.1). Il s'ensuit que la recourante ne subit aucune perte de gain dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette conclusion s'impose aussi bien dans l'hypothèse du statut mixte que dans celle du statut de personne active.

On relèvera que, dans les deux cas de figure, la question de savoir s'il y a lieu d'accorder un abattement supérieur aux 10 % retenus sur le revenu statistique d'invalide peut rester indécise, étant souligné qu'une éventuelle majoration de la réduction accordée (qui ne saurait de toute manière pas excéder 25 % ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc) ne saurait suffire à lui ouvrir un droit à une rente minimale.

15. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Elle sera en outre condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Eleanor McGREGOR

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