RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/150/2022 **ATAS/246/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 avril 2023

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Adrian DAN	recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en _____ 1967, a déposé une demande de prestation invalidité qui a été reçue le 10 avril 2017 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a déclaré être mère de trois enfants, nés respectivement en 1981, 1992 et 1997 et être en incapacité de travail complète depuis le 21 novembre 2016 dans son activité habituelle de concierge à temps partiel et aide administrative sur appel. Elle exposait souffrir d'un cancer du sein, depuis le mois de novembre 2016, et être suivie par les docteurs B_____, généraliste et C_____, onco–gynécologue au service de gynécologie des Hôpitaux universitaires de Genève.

b. L'OAI a mandaté les établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), qui ont organisé un stage à la réception de l'EMS K_____ à l'issue duquel, selon note de travail du 28 janvier 2019, il était constaté que l'assurée avait dû interrompre son stage en raison de la présence de deux chats appartenant à des résidents qui incommodaient l'assurée en raison de son allergie aux chats. Le stage a néanmoins permis de constater que l'assurée n'était pas très à l'aise derrière un ordinateur, pour effectuer des tâches purement administratives, ce que cette dernière a confirmé, expliquant qu'elle préférait bouger et être sur le terrain. Un second stage, au centre de jour L_____ des EPI, a été organisé, mais il a été interrompu très rapidement car l'assurée a dû être hospitalisée, en raison de problèmes de l'appareil digestif et s'est retrouvée en arrêt de travail, dès le 8 mars 2019.

c. Le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a rendu un avis médical, en date du 22 avril 2020, sous la plume du docteur D_____. Ce dernier a résumé les troubles de la santé soit : un cancer du sein droit stade IIA traité par mastectomie bilatérale et reconstruction, en rémission complète et sans complications annoncées, sous Letrozole ; une dépression réactionnelle, sans suivi psychiatrique, ni antidépresseur ; une hypothyroïdie substituée de longue date et notion d'asthme allergique ; une fatigabilité et des bouffées de chaleur en 2018 ; les limitations des amplitudes articulaires et force motrice selon rapport médical du 20 août 2019 et des lombalgies avec irradiation aux membres inférieurs non déficitaires et images au printemps 2019 de hernie discale en L5 – S1, postéro–latérale droite déplaçant vers l'arrière l'émergence de la racine S1, homolatérale. Selon le SMR, après contact avec le médecin oncologue, l'assurée était en rémission complète depuis le mois de janvier 2017 et pouvait probablement exercer une activité adaptée, c'est-à-dire légère, sédentaire, principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assurée, sans manipulation de charges lourdes de plus de 5 kg, sans position du rachi en porte-à-faux, activité à répartir harmonieusement sur cinq jours ouvrables car, d'un point de vue oncologique, il n'existait pas d'empêchement à l'exercice d'une telle activité. Le SMR a recommandé la mise en place d'une expertise

multidisciplinaire comprenant un volet rhumatologie, un volet psychiatrie et un volet médecine interne.

d. Le mandat d'expertise médicale a été confié, après consultation de l'assurée, aux docteurs E_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, F_____, médecin praticien et G_____, psychiatre et psychothérapeute. Les experts ont rendu leur rapport d'expertise multidisciplinaire en date du 5 août 2020 ; l'évaluation consensuelle retenait comme diagnostic pertinent pouvant avoir ou non une incidence sur la capacité de travail un carcinome canalaire invasif multicentrique stade IIA, découvert en novembre 2016 ; un « cancer related fatigue » (soit une fatigue liée au cancer) (ci-après : CrF) ; les effets indésirables de l'hormonothérapie soit arthromyalgies dans le cadre du traitement depuis janvier 2017 ; des rachialgies communes sur lésion dégénérative modérée cervicale et lombaire, sans complications radiculaires, existant de longue date ; une tendinopathie du sus-épineux gauche ; un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (ci-après : SAOS) qui devait être confirmé ; une obésité de grade 1 et enfin, une dysthymie (F34.1) évoluant depuis fin 2016.

Selon les experts l'assurée présentait un CrF qui retentissait globalement sur ses capacités fonctionnelles avec une fatigue observée ; de plus, les arthromyalgies et la fatigue étaient des effets secondaires classiques et fréquents du traitement par anti aromatase. Un travail nécessitant une activité physique engagée telle que celui de concierge n'était plus exigible et l'existence de discopathie modérée cervicale et lombaire justifiait, par prudence, l'éviction du port de charges répétitives supérieures à 5 kg. S'agissant des ressources de l'assurée, les experts considéraient qu'elles étaient entravés par les effets indésirables du traitement par anti aromatase et par l'existence du CrF. L'expertisée était capable de communiquer, de respecter un cadre, avait des capacités d'adaptation et était flexible. Elle était psychiquement endurante, mais pas physiquement car les capacités physiques étaient faibles, en rapport avec la fatigue. Elle était autonome et indépendante, avait des capacités de prise de décision et de jugement, des capacités relationnelles et disposait d'un réseau social familial et amical mais n'avait plus de réseau professionnel. Au niveau du contrôle de cohérence, il n'y avait pas de problème car l'assurée présentait des effets secondaires classiques des traitements qu'elle prenait et ces effets secondaires influaient de manière uniforme les différents domaines de la vie de l'assurée. S'agissant de sa capacité de travail, les experts considéraient qu'elle était nulle dans son activité de concierge mais de 50 % dans une activité d'assistante socio-éducative (ci-après : ASE). Elle était à ce stade depuis janvier 2017 et le début de l'hormonothérapie, et ce au moins jusqu'au début 2024. Une période d'incapacité totale de travail pouvait être accordée de novembre 2016 jusqu'au début janvier 2017, de même que pendant les périodes pendant lesquelles elle avait subi les interventions chirurgicales complémentaires. L'activité d'ASE était considérée comme adaptée par les experts. Une période d'incapacité totale de travail pouvait être accordée,

également pendant les périodes déjà citées au niveau de l'activité habituelle. À cela s'ajoutait une perte de rendement de 50 % pouvant être accordée dans son activité d'ASE en raison du CrF qui retentissait globalement sur ses capacités fonctionnelles et des effets secondaires de l'hormonothérapie sous forme d'arthromyalgies qui imposaient une gestion des douleurs ; il y avait, de plus, un possible diagnostic de SAOS sous-jacent. L'activité de concierge n'était plus exigible car les contraintes étaient trop importantes en raison de l'engagement physique qu'elles imposaient, notamment dans le nettoyage des cages d'escalier et en sortant les containers. Des mesures médicales et une thérapie pouvaient permettre une amélioration, notamment si une partie des signes de somnolence diurne observée était en rapport avec le SAOS, mais ni le CrF, en poursuivant l'hormonothérapie ne pouvait être amélioré, ni les effets indésirables de ce traitement avant, au moins, début 2024.

e. Dans son rapport du 17 août 2021, le SMR de l'OAI a résumé l'expertise multidisciplinaire du 5 août 2020 et retenu une incapacité de travail dans toute activité lourde, du fait des limitations ostéoarticulaires secondaires à des troubles dégénératifs ainsi qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit cinq heures par jour, du fait d'une fatigue post traitement anticancéreux. Même si le CrF n'entrait pas dans la classification internationale des maladies, les effets secondaires du traitement au Letrozole étaient bien connus et fréquents. Le SMR recommandait de s'aligner sur l'appréciation des experts et de proposer une révision en 2024, après l'arrêt de la prise de Letrozole.

f. En se fondant sur les conclusions du SMR, l'OAI a tenté de mettre en place une réadaptation professionnelle qui a abouti à un premier entretien en date du 3 décembre 2020. Lors de l'entretien, il a été expliqué à l'assurée que l'OAI considérait qu'elle disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites mais l'assurée, tout en admettant lesdites limitations, a expliqué qu'elle estimait sa capacité de travail comme nulle, actuellement, en raison de sa fatigue importante. Elle a conclu qu'elle n'était actuellement pas capable de suivre une mesure de réadaptation de l'OAI.

g. Un mandat d'enquête ménagère a été rédigé par l'OAI, en se fondant sur un statut mixte. Dans son rapport d'enquête économique sur le ménage daté du jour de l'entretien et de la visite au domicile de l'assurée, soit le 30 septembre 2021, l'enquêtrice a considéré que l'empêchement dans les travaux habituels, pondéré sans exigibilité, était de 18 %, et que l'empêchement pondéré avec exigibilité était de 0 %. Il était précisé que l'exigibilité retenue se fondait sur le fait que l'époux partageait son temps entre le domicile familial à Genève et une résidence secondaire en France mais qu'il était toujours domicilié à Genève, où il travaillait à 100 %.

h. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité, en date du 12 octobre 2021, en se fondant sur un statut mixte 53 % dans la sphère

professionnelle et 47 % dans les travaux habituels et en retenant un revenu annuel brut sans invalidité, réactualisé de CHF 33'510.-, se fondant sur les ESS 2016, tableau TA1 tirage skill label, pour l'année 2017, avec une indexation ainsi qu'un temps de travail raisonnablement exigible de 50 %. Le taux d'invalidité global retenu était de 11.84 %.

B. **a.** L'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité en date du 18 octobre 2021. À la suite de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, dès le 21 novembre 2016 (début du délai d'attente d'un an) mais dans une activité adaptée à l'état de santé, la capacité de travail était estimée à 50 %, dès le 1er janvier 2017. S'agissant de la comparaison des revenus, l'OAI a exposé s'être fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 33'510.- et un revenu avec invalidité de CHF 26'022.-, d'où résultait une perte de gain de CHF 7'488.- aboutissant à un taux de 22.35 % dans la sphère professionnelle. Compte tenu de la répartition du statut mixte à raison de 53 % pour la part professionnelle et de 47 % dans les travaux habituels, et partant du principe que dans les travaux habituels, l'empêchement était de 0 %, l'empêchement dans la sphère professionnelle de 22.35 % était converti (par 53 %) en un taux global de 11.84 % d'invalidité, arrondi à 12 %.

b. À l'issue de l'examen des mesures de réadaptation, l'OAI a considéré que l'assurée avait été formée dans une activité adaptée à son état de santé et disposait des aptitudes et des ressources pour exercer une activité adaptée. Procédant à une nouvelle comparaison des gains dans une activité adaptée, l'OAI retenait un revenu sans invalidité de CHF 64'157.- et un revenu avec invalidité de CHF 26'230.-, dont il résultait une perte de gain de CHF 37'926.-, soit 59 %. Compte tenu de la répartition entre travail dans la sphère professionnelle à raison de 53 % et travaux habituels à raison de 47 %, l'OAI prenait en compte l'empêchement dans la sphère professionnelle de 59.12 % qui était converti (par 31.33 %) en un taux d'invalidité globale de 31.33 % arrondi à 31 %, en se fondant sur un empêchement de 0 % dans les travaux habituels. Le taux de 31 % étant inférieur au taux plancher de 40 %, l'assurée n'avait pas droit une rente.

c. Par courrier de son assureur d'assistance juridique daté du 1er novembre 2021, l'assurée a demandé la communication de l'intégralité du dossier. L'avocat mandaté par l'assureur a exposé, par courrier du 17 novembre 2021, qu'il n'était pas parvenu à joindre téléphoniquement l'OAI mais qu'il demandait une prolongation du délai avant qu'une décision ne soit rendue car il n'avait reçu que très récemment l'intégralité du dossier demandé.

d. Ce nonobstant, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité, en date du 29 novembre 2021, qui reprenait, à l'identique, les termes du projet de décision du 18 octobre 2021.

C. **a.** Par acte, interjeté par son mandataire, et déposé au greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) en date

du 14 janvier 2022, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 29 novembre 2021 au motif que la décision constatait les faits de manière inexacte s'agissant de l'invalidité dans la sphère économique et dans celle des travaux habituels. En premier lieu, il était mentionné que la décision ignorait le taux de rendement réduit de 50 % dans l'activité d'ASE, alors même que la perte de rendement ressortait pourtant clairement des rapports des experts et, sur le plan économique, l'OAI avait retenu un revenu sans invalidité inférieur à celui réalisé par l'assurée. Enfin, s'agissant du taux d'invalidité dans la sphère des travaux habituels, on ne pouvait pas retenir d'exigibilité pour les enfants et l'époux qui ne résidaient plus avec l'assurée. La recourante concluait à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit constaté que le taux d'invalidité de l'assurée était supérieur à 40 % et enfin à l'octroi, par l'OAI, de prestations sous forme de rente, le tout sous suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 15 février 2022, l'OAI a confirmé le contenu de la décision querellée et a conclu au rejet du recours. Il s'est fondé sur les résultats de l'expertise multidisciplinaire pour justifier que l'assurée devait utiliser pleinement sa capacité de travail dans la mesure exigible, en vertu de l'obligation générale de diminuer le dommage. S'agissant du calcul du revenu avant invalidité, l'OAI a exposé que l'assurée n'avait pas repris d'activité lucrative ou une activité correspondant à l'exigibilité médicale, raison pour laquelle il se justifiait de se fonder sur les tableaux de l'ESS et notamment la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés, ce qui aboutissait au montant de CHF 54'783. Le taux d'abattement de 5 % qui avait été retenu se fondait uniquement sur les années de service dès lors que, selon l'OAI, les autres facteurs n'entraient pas en considération car l'assurée était de nationalité suisse, âgée de 54 ans, et n'avait pas de limitations fonctionnelles dans une activité adaptée. Enfin, en ce qui concernait le rapport d'enquête ménagère, les reproches étaient injustifiés car il avait été admis que le mari résidait en France pendant la semaine et ne venait à Genève que le week-end, raison pour laquelle l'aide exigible pour le mari n'avait été estimée qu'à 18 %. S'agissant des enfants, aucune exigibilité n'avait été accordée les concernant.

c. Par réplique du 14 mars 2022, le mandataire de la recourante a critiqué le fait que le taux de diminution de rendement de 50 % n'avait pas été pris en compte comme ordonné par les experts. S'agissant de l'abattement de 5 %, l'assurée a estimé que son âge, soit 54 ans, devait être pris en compte pour retenir un abattement plus important, de même que les limitations fonctionnelles et plus particulièrement le syndrome de fatigue lié au cancer. Enfin, le taux de 18 % d'exigibilité concernant le mari n'était pas établi car ce dernier ne l'aidait pas tous les week-ends et habitait, matériellement, en France, à 60 km du logement de la recourante. Compte tenu de ces éléments, l'assurée persistait intégralement dans les termes de son recours.

d. Par duplique du 7 avril 2022, l'OAI a maintenu que le revenu devait être divisé par deux en raison du taux d'activité partielle de 50 % mais qu'il ne devait pas y avoir une baisse de rendement supplémentaire de 50% s'ajoutant à ce taux. Pour le surplus, il a persisté dans l'argumentation précédemment exposée dans sa réponse.

e. Par observations complémentaires du 29 avril 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions.

f. La chambre de céans a appointé une audience de comparution personnelle des parties qui s'est déroulée en date du 9 février 2023. La recourante a demandé que les experts se déterminent de manière plus précise sur la question du rendement de 50 %, singulièrement de savoir si ce dernier s'appliquait en plus du taux de 50 % de capacité de travail dans une activité adaptée déjà retenu ou si le taux de 50 % était un résultat net. S'agissant de la présence de l'époux de la recourante et la capacité de ce dernier à l'aider dans les travaux du ménage, l'assurée a allégué ne jamais voir son époux, qui restait toujours dans la résidence secondaire en France et qui ne dormait plus au domicile de la recourante depuis 2020, bien qu'il vienne tous les jours à Genève pour travailler. La recourante expliquait que des amis venaient régulièrement l'aider à la maison, notamment Madame H_____ qui venait au moins une fois par semaine nettoyer le sol, l'aider à faire la lessive et retirer le linge du lave-linge. Elle admettait que d'un autre côté, son travail ménager était allégé, puisque désormais elle vivait seule et qu'elle n'avait pas besoin de préparer à manger aux enfants ou à son mari, ni de laver leur linge. Elle a maintenu que le revenu sans invalidité de 2017 retenu par l'OAI n'était pas correct. De son côté, la représentante de l'OAI a répété s'être fondée sur le revenu acquis en 2016 chez I_____, puis réactualisé en 2017, soit CHF 26'319.-, de même que pour la seconde activité d'ASE chez J_____, l'OAI avait retenu les déclarations de l'employeur selon lesquelles elle aurait gagné CHF 7'191.- si la maladie ne l'avait pas empêchée de travailler. L'assurée a ensuite décrit ses troubles physiques, ainsi que les médicaments qu'elle prenait et leurs effets sur sa santé et a déposé une pièce supplémentaire, datée du 31 janvier 2023, soit une échographie de l'abdomen.

g. Suite à l'audience, la chambre de céans a interpellé les experts afin qu'ils se déterminent plus précisément sur la question du taux de rendement. Ceux-ci ont répondu, par courrier du 22 février 2023, que le taux de capacité de travail retenu à l'issue de l'évaluation consensuelle dans une activité adaptée était de 50 % et que ce taux tenait déjà compte de la baisse de rendement de 50 %. Dans l'intervalle, par courrier du 20 février 2023, le mandataire de la recourante a produit le document sur lequel il s'était fondé pour retenir un revenu réalisé en 2017, de CHF 8'546.30 en lieu et place de CHF 7'191.-, tout en alléguant que la pathologie constatée dans la pièce remise à l'audience datait de 2019 déjà. La recourante a également critiqué la manière dont la chambre de céans avait

interrogé les experts, au motif que la manière dont la question avait été posée ne laissait aux experts pas d'autre choix que de confirmer la formulation retenue.

h. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

i. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 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, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 29 novembre 2021 refusant à l'assurée tout droit à une rente invalidité.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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 1er janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

9.

9.1 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

9.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

9.3 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des

investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

9.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l’assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9.7 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).

9.8 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel 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 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 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).

10. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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 (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

11.

11.1 Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (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).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100 % et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28*a* al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

11.2 Étant précisé que la méthode appliquée depuis le 1er janvier 2018 sera exposée, infra, dans le cadre du calcul du degré d'invalidité dès cette date.

12.

12.1 Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du

rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

12.2 Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

12.3 Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014).

13.

13.1 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).

13.2 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires

(ci-après : ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2).

13.3 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). 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). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'existe pas de motifs sérieux et objectifs justifiant une modification de sa jurisprudence relative à

l'application des ESS dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité des assurés (ATF 148 V 174).

13.4 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 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

13.5 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).

13.6 Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 p. 184). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces

deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

14.

14.1 Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

14.2 D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

14.3 En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

14.4 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).

15. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

16. En l'espèce, la recourante conteste le taux d'invalidité retenu par l'intimé en considérant que la perte de rendement constatée par les experts a été ignorée par l'OAI, que l'enquête économique sur le ménage n'a aucune force probante et enfin, que le salaire sans invalidité d'ASE retenu dans le cadre de la comparaison des revenus et le taux d'abattement sont erronés.

De son côté, l'intimé rejette les griefs de la recourante au motif que la perte de rendement a été prise en compte dans la fixation du taux d'activité de 50 %, que l'enquête économique sur le ménage est valide, que le salaire sans invalidité retenu correspond aux informations fournies par l'employeur et que le taux d'abattement de 5 % est justifié.

Il sied tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise multidisciplinaire du 5 août 2020.

Les rapports d'expertise, dans les différentes spécialités, correspondent en tous points aux exigences en la matière. Ils ont été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un entretien avec la recourante, allant d'une heure et demie à deux heures, en fonction du spécialiste. Les rapports contiennent en outre une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle très fouillée et les experts ont rapporté leurs observations cliniques de manière détaillée à la suite d'un entretien approfondi au cours duquel les

plaintes de l'expertisée ont été prises en compte. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et les experts ont précisé sur quels critères ils se fondaient. Ils ont bien analysé la capacité de gain de la recourante à la lumière des indicateurs développés par la jurisprudence. Ils ont, en outre, exposé de manière convaincante pour quelles raisons ils se ralliaient aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartaient. Leurs conclusions sont, elles aussi, claires et motivées.

Dans leur consilium, les experts ont rassemblé les différents diagnostics dont ils ont retenu que le CrF et l'hormonothérapie avaient des retentissements sur les capacités fonctionnelles de la recourante et ont écarté la poursuite de l'activité habituelle de concierge en raison de l'engagement physique qu'elle imposait, mais ont retenu que la seconde activité d'ASE était adaptée.

À la lecture de l'expertise, on ne constate pas de contradictions internes, ni de contradictions avérées avec les appréciations médicales des médecins traitants.

S'agissant de l'ultime pièce produite par la recourante, soit l'échographie de l'abdomen du 31 janvier 2023 faisant état d'une stéatose, l'existence de cette pathologie est déjà mentionnée dans le rapport d'expertise du Dr F_____, en p. 22, ce dernier citant une perturbation des paramètres hépatiques avec une touche de stéatose hépatique détectée sur une échographie abdominale du 19 novembre 2019. Il en conclut que « des effets indésirables de ce type peuvent être en rapport avec les différentes hormonothérapies mises en route depuis la découverte du carcinome du sein ».

Compte tenu de cette appréciation, il est avéré que la stéatose hépatique a été prise en compte par les experts ainsi que ses effets, liés à l'hormonothérapie. Les experts ont notamment décrit les effets secondaires dont il fallait tenir compte au niveau des limitations fonctionnelles.

Dès lors, l'échographie du 31 janvier 2023 ne fait pas apparaître un nouvel élément car, comme le reconnaît elle-même la recourante, en p. 2 de ses observations du 20 février 2023, la pathologie est antérieure à la décision attaquée et a déjà été prise en compte dans le cadre du rapport d'expertise. Il en résulte que la pièce nouvellement produite n'est pas de nature à modifier les conclusions prises par les experts.

S'agissant de ce que la recourante a présenté comme une perte de rendement de 50 % s'additionnant à une capacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée, le courrier de clarification des experts du 22 février 2023 répond sans ambiguïté à cette question, à savoir que le taux de capacité de travail retenu, à l'issue de l'évaluation consensuelle, dans une activité adaptée, est de 50 % et ce taux tient déjà compte de la baisse de rendement de 50 %. S'agissant des critiques de la recourante selon lesquelles la chambre de céans aurait influencé la réponse des experts dans sa manière de formuler la question, elles sont infondées, aussi bien la question que la réponse des experts étant dépourvues d'ambiguïté.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que les rapports d'expertise pluridisciplinaire présentent une pleine valeur probante et retient comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant encore précisé que l'activité d'ASE pratiquée sur appel par la recourante est considérée comme adaptée.

17. En ce qui concerne le deuxième grief, soit la valeur probante de l'enquête économique sur le ménage, la recourante critique principalement la prise en compte de l'aide des enfants et de l'époux au niveau de l'exigibilité, ce qui influe mathématiquement sur le calcul du degré d'invalidité.

À la lecture des déclarations de l'assurée lors de l'entretien avec l'enquêtrice, on ne constate pas de différence importante avec les éléments figurant au dossier et avec les déclarations de la recourante lors de l'audience du 9 février 2023 ; il est fait mention, notamment, de l'aide apportée par l'époux pour les gros achats plus difficiles à transporter. La principale différence dans les déclarations vient du fait que lors de l'enquête économique du ménage, la recourante avait indiqué que son époux partageait son lieu de vie entre le domicile secondaire en France et le logement suisse alors que, lors de l'audience de comparution personnelle du 9 février 2023, elle a répondu qu'elle ne voyait jamais son époux, qui travaillait et avait besoin de calme et n'avait plus dormi à la maison depuis 2020. Elle estimait ne pas pouvoir l'obliger à dormir à la maison, tout en relevant que toutes les deux semaines environ, son époux passait quelques heures au logement et s'occupait, à ce moment-là, de tout ce que la recourante ne pouvait pas faire, c'est-à-dire les courses importantes, à savoir toutes les courses qui étaient lourdes. Son amie, Madame H_____, venait régulièrement l'aider à la maison, au moins une fois par semaine, pour nettoyer le sol, l'aider à faire la lessive et à retirer le linge du lave-linge. Elle admettait également qu'elle n'avait plus besoin de préparer à manger à ses enfants et à son mari, ni de laver leur linge, ce qui allégeait son travail ménager.

En l'état, l'époux est toujours inscrit auprès de l'office cantonal de la population et des migrations comme domicilié avec la recourante.

Il ressort clairement des déclarations de la recourante que cette dernière bénéficie de l'aide régulière de son époux, en moyenne deux fois par mois, pour les tâches nécessitant une certaine force et que, de surcroît, ce dernier vient « sur appel » quand la recourante lui demande de l'aider (PV de la comparution personnelle du 9 février 2023 p. 3). En outre, la recourante a reconnu, dans ses déclarations devant la chambre de céans que, dans une certaine mesure, son activité au niveau de l'alimentation et de la préparation des repas est désormais allégée par le fait qu'elle n'a plus besoin de préparer de repas pour son époux. Il résulte de ce qui précède que la chambre de céans considère que l'empêchement pondéré, avec exigibilité de 0 % retenu par l'enquêtrice, lors de l'entretien du 30 septembre

2021, est bien fondé, compte tenu de l'aide régulière fournie par l'époux, et peut être retenu.

18. Le troisième grief de la recourante concerne les aspects financiers, à savoir le montant du revenu sans invalidité retenu par l'OAI, ainsi que le taux d'abattement de 5 % appliqué lors de la comparaison des revenus.

18.1 Dans sa note du 12 octobre 2021, la division gestion de l'OAI précise s'être fondée sur le salaire déclaré par l'entreprise I_____, en ce qui concerne l'activité habituelle de concierge. Pour le salaire annuel de CHF 7'191.- en 2017, celui-ci correspond à la réponse de l'entreprise J_____, pour l'activité habituelle et adaptée d'ASE, telle qu'elle figure sous rubrique Salaire/rendement/ au bas du formulaire du 6 juin 2017, à savoir « combien gagnerait la personne assurée sans atteinte à la santé dans son ancienne activité : CHF 7'191.- ».

Selon la recourante, le revenu annuel pour 2017 est de CHF 8'546.30 en lieu et place de 7'191.-.

Ce montant correspond au revenu annuel de 2016 figurant sur le formulaire rempli par l'employeur J_____, en date du 6 juin 2017.

Néanmoins, le même formulaire montre une variation des montants versés chaque année en rapport avec les heures de travail (sur appel) effectuées soit 166.5 heures en 2014 avec un salaire annuel de CHF 5'701.40, 200 heures en 2015 avec un salaire annuel de CHF 6'468.60 et 231.50 heures en 2016, avec un salaire annuel de CHF 8'546.30.

18.2 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).

18.3 Dans le cas présent, il convient de rappeler que le taux d'invalidité pour une activité exercée à temps partiel ne se calcule plus de la même manière depuis le 1er janvier 2018.

En effet, selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par

l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

18.4 En l'occurrence, les salaires qui ressortent de l'extrait du compte individuel de l'assurée montrent d'assez fortes variations durant les cinq années précédant l'année 2017, le revenu annuel le moins élevé étant de CHF 29'990.- en 2014 et le plus élevé étant de CHF 35'397.- en 2012. La tendance était toutefois haussière les trois années précédant 2017 (soit CHF 29'990.- en 2014, CHF 32'848.- en 2015 et CHF 34'546.- en 2016), le salaire retenu dans la décision de l'OAI étant finalement de CHF 33'510.-.

Par rapport au salaire variable de J_____ pour les années 2014, 2015 et 2016, le salaire moyen est égal à CHF 7'032.10, soit inférieur au montant déclaré par J_____ comme prévision pour l'année 2017, qui est de CHF 7'191.-.

À ce stade, il n'est pas nécessaire de trancher plus précisément le point de savoir s'il faut retenir un salaire variable de CHF 7'191.- (salaire annoncé par l'employeur pour 2017) aboutissant à un revenu annuel avant atteinte à la santé de

CHF 33'510.- comme calculé par l'OAI ou un salaire variable de CHF 8'546.30 (salaire de 2016) aboutissant à un revenu annuel avant atteinte à la santé de CHF 34'865.- comme allégué par la recourante dès lors que le résultat final sera identique, comme le montrera le calcul final effectué infra.

19. La recourante critique également le taux de 5 % d'abattement retenu par l'OAI, notamment en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles qui devraient - selon elle - être pris en compte pour aboutir à un taux d'abattement supérieur.

19.1 Il convient de rappeler que selon la jurisprudence, il y a lieu, selon les circonstances, d'opérer un abattement sur les salaires ressortant des statistiques dans la mesure où, dans de très nombreux cas, ce salaire ne peut être appliqué tel quel aux personnes considérées comme invalide au sens de la LAI. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération, par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (Michel VALTERIO, Commentaire de la LAI, Genève, Zurich, Bâle, 2018, ad. art. 28a N. 84).

Le fait qu'une personne ayant une capacité de travail résiduelle de 50 % présente une atteinte à la santé par poussées et suive des traitements dont résultent des absences imprévisibles et difficiles à déterminer a notamment été retenu par le Tribunal fédéral comme pouvant justifier un abattement de 15 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C_728/2009 consid. 4.3.3. in fine).

19.2 Dans le cas présent, les traitements suivis par la recourante ont un effet sur son rendement, comme cela a été reconnu dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire, mais il n'en résulte pas pour autant des atteintes à la santé par poussées pouvant amener à des absences imprévisibles. Le taux d'abattement retenu devrait donc être inférieur à 15 %.

La jurisprudence citée par la recourante concernant l'âge, notamment au chiffre 10 de sa réplique du 14 mars 2022, peut effectivement servir de comparaison dès lors que le Tribunal fédéral a considéré que la prise en compte de l'âge de l'assuré, soit 54 ans, ainsi que son éloignement du marché du travail pouvaient effectivement amener la dernière instance cantonale, sans appréciation arbitraire, à retenir un taux d'abattement de 15 % en lieu et place de celui de 10 % fixé par l'OAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_677/2015 consid. 3.4).

Néanmoins, dans le cas présent, ce n'est pas un taux de 10 % mais un taux d'abattement de 5 % qui a été fixé par l'OAI.

19.3 En s'inspirant des deux jurisprudences susmentionnées, la chambre de céans considère que l'on peut retenir au degré de la vraisemblance prépondérante un taux d'abattement de 10 %, soit supérieur à celui retenu par l'OAI, mais inférieur à 15 %, par comparaison avec l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_728/2009 consid. 4.3.3 in fine.

Étant encore précisé que même si un taux d'abattement de 15 %, tel qu'allégué par la recourante avait été retenu, cela n'aurait pas eu d'incidence sur le résultat, comme on le verra dans le calcul figurant infra.

Compte tenu du montant du salaire avant atteinte à la santé (2016), ainsi que du taux d'abattement de 10 % retenus par la chambre de céans, il convient de revoir le calcul de comparaison des revenus qui, par ailleurs, ne fait pas l'objet de critiques de la part de la recourante.

19.4 En se fondant sur l'ESS 2016, tableau TA1 tirage skill level, l'OAI, dans sa feuille de calcul du taux d'invalidité du 12 octobre 2021, retient un salaire avant l'atteinte à la santé et après indexation (pour l'année 2017) de CHF 33'510.-.

En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité pour l'année 2017, on applique le système de calcul en vigueur avant le 1er janvier 2018 (soit sans extrapolation à plein temps de l'activité à temps partiel).

En appliquant un taux d'abattement de 10 %, sur le salaire après invalidité calculé selon les ESS (CHF 54'783.-), on obtient un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 24'652.- (taux d'abattement de 10 %), en lieu et place de CHF 26'022.- (taux d'abattement de 5 %).

En se fondant sur un revenu annuel brut avant atteinte à la santé de CHF 34'865.- (année 2016) comme demandé par la recourante (en lieu et place de CHF 33'510.- après projection du salaire de l'employeur J_____ sur 2017), on parvient à une perte de gain de CHF 10'213.- en lieu et place de CHF 7'488.- comme retenu par l'OAI.

La perte de gain subie en pourcent est de (10'213 / 348.65) 29.29 % correspondant (pour un taux d'activité de 53 %) à un degré d'invalidité de 15.52 %, en lieu et place du degré d'invalidité de 11.84 % retenu par l'OAI, étant précisé que le taux d'invalidité pour la partie ménagère de 0 % n'a pas changé.

Ce taux étant inférieur au taux plancher de 40 % ne donne toutefois pas droit à une rente.

19.5 En ce qui concerne l'année 2018, on applique le nouveau système de calcul avec une extrapolation à plein temps. La détermination du degré d'invalidité figure dans la feuille de calcul de l'OAI du 4 août 2021.

Dès le 1er janvier 2018, en appliquant un taux d'abattement de 10 %, sur le salaire après invalidité calculé selon les ESS (salaire ESS 2018 à plein temps = CHF 55'222.-), après diminution de 50 % correspondant au temps de travail raisonnablement exigible, le revenu est de 27'611.- ; on obtient ensuite un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 24'850.- après application d'un taux d'abattement de 10 % (en lieu et place de CHF 26'230.- retenu par l'OAI avec un taux d'abattement de 5 %).

En application du nouveau système de calcul pour les activités lucratives à temps partiel introduit dès le 1er janvier 2018 et en se fondant sur un revenu annuel brut avant atteinte à la santé de CHF 34’865.- comme demandé par la recourante (en lieu et place de CHF 33'510.-), réactualisé après indexation à CHF 35'378.-, on procède ensuite à une extrapolation à plein temps (CHF 35'378.- = salaire à 53 % et salaire à 100 % = CHF 66'751.-) ; la perte de gain subie s’élève alors à CHF 41'901.- (soit un revenu sans invalidité pour un plein temps de 66’751 – un revenu avec invalidité de 24'850.-).

La perte de gain subie en pourcent est de 62.77 % ce qui, après application du taux partiel d’activité de 53 %, permet d’aboutir à un taux d’invalidité de 33.27 % (66.77 x 53 / 100) en lieu et place du taux de 31.33 % retenu par l’OAI.

Ce taux étant inférieur au taux plancher de 40 % ne donne toutefois pas droit à une rente.

Étant précisé que même en retenant un taux d’abattement de 15 % (qui n’est pas admis par la chambre de céans mais allégué par la recourante), on arriverait également à un taux d’invalidité inférieur à 40 %, (soit dès le 1er janvier 2018, un revenu avec invalidité de 23'470.- après abattement de 15 %, entraînant une perte de gain de CHF 43'281.-, correspondant à un taux d’invalidité de 64.84 % pour un plein temps et finalement un taux d’invalidité de 34.37 % pour un taux partiel d’activité de 53 %).

20. Au vu de ce qui précède, la décision querellée est bien fondée et la chambre de céans n’a d’autre choix que de rejeter le recours.

21. La recourante sera 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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