



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1776/2019

ATAS/1129/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 novembre 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael
RUDERMANN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. En juillet 2016, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1996, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en invoquant une atteinte à la santé survenue en septembre 2014 (méningite à méningocoques avec purpura fulminans, état de choc et défaillance multi-organique).
2. Ont été versés à son dossier, notamment :
 - un rapport du docteur B_____, médecin traitant de l'assurée, du 2 juillet 2016, mentionnant une méningite et un état anxiodépressif réactionnel et concluant à une totale incapacité de travail depuis le 10 septembre 2014 ; le médecin préconisait d'éviter le port de charges, la station debout et les « stress psychiques » ;
 - un rapport du docteur C_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologique des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), du 6 novembre 2016, concluant à un trouble dépressif récurrent et à une arthrite sceptique de la cheville gauche ; le médecin estimait qu'un travail s'exerçant en position assise, sans port de charges, serait possible à plein temps d'un point de vue orthopédique ;
 - l'avis émis le 22 mai 2017 par le service médical régional de l'AI (SMR) relatant que l'assurée avait été victime d'une méningite à méningocoques avec purpura fulminans, état de choc et défaillance multi-organique en septembre 2014, que cela avait nécessité une prise en charge aux soins intensifs avec, comme complications, une myopathie et une nécrose sèche de la troisième phalange des quatrièmes orteils droit et gauche ayant entraîné une amputation le 19 janvier 2015, d'une part, une ostéonécrose étendue des os de la cheville et du médio-pied prédominant à gauche, d'autre part ; une intervention avait eu lieu en août 2016 qui s'était compliquée d'une arthrite sceptique de la cheville gauche ; suivant l'avis du Dr C_____, le SMR fixait le début de l'aptitude à la réadaptation au 19 octobre 2016 ; l'assurée avait repris ses cours pour devenir assistante médicale en décembre 2016 ; elle était par ailleurs connue pour un trouble dépressif récurrent avec tentamen en 2010 et 2011 ; le suivi psychiatrique s'était arrêté en 2014 et depuis lors, la situation psychique semblait stable ; l'assurée avait souffert d'une atteinte infectieuse très sévère ayant mis en jeu son pronostic vital et l'ayant empêchée de se former ; elle présentait de nombreuses séquelles avec une susceptibilité plus importante aux infections ; les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de station debout prolongée ; le SMR émettait des doutes sur le fait que la formation en cours soit adaptée à l'état de santé de l'assurée « à l'heure actuelle ».

3. Les frais supplémentaires d'une formation professionnelle initiale en tant qu'assistante médicale avec versement d'indemnités journalières ont été pris en charge du 28 août 2017 au 27 août 2018 (cf. communication du 24 octobre 2017). Cette formation a été accomplie avec succès.
4. Le dossier a ensuite été complété par :
 - une note de travail du service de réadaptation du 2 août 2018 relatant que l'assurée avait réussi sa formation, qu'elle avait obtenu son diplôme en juin 2018, que sur conseil de son médecin, elle avait poursuivi sa formation à 50% et recherchait de préférence un emploi d'assistante médicale – plutôt que de secrétaire médicale - à 50, voire 60% au maximum ;
 - une note indiquant qu'en novembre 2018, l'assurée avait trouvé un poste d'assistante médicale à 50% de durée déterminée, jusqu'en mars 2019 ;
 - un courrier du docteur D_____, médecin adjoint du département de chirurgie des HUG, du 7 novembre 2018, indiquant que l'assurée souffrait de douleurs mécaniques pouvant permettre une activité à 60% au plus, dans un poste sans port de charges, permettant de s'asseoir, ce qui pourrait correspondre à une activité d'assistante médicale ; à la question de savoir si la capacité de travail pourrait être de 100% dans une activité adaptée telle que celle de secrétaire médicale, le médecin a répondu que l'impact physique des deux postes (secrétaire médicale ou assistante médicale) était à peu près équivalent : dans les deux cas, des déplacements et des changements de positions étaient nécessaires ; dans les deux cas, l'assurée n'aurait pas besoin de porter de charges ; la différence entre les deux activités lui semblait minime ; dans ce contexte, on ne pouvait pas exiger, au vu de la pathologie, un taux d'occupation de plus de 60% ;
 - un rapport final du SMR du 13 décembre 2018 rappelant les faits, se référant au rapport du Dr D_____ et proposant de se ranger aux conclusions des médecins traitants et de retenir une capacité de travail de 60% dans toute activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 19 octobre 2016 ; les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de station debout prolongée, pas d'escaliers à répétition, pas de travail en hauteur, pas de position accroupie ou agenouillée et possibilité de s'asseoir si besoin ;
 - un rapport final de la division de réadaptation proposant de considérer que l'incapacité de travail se confondait avec l'incapacité de gain et d'admettre dès lors un degré d'invalidité de 40%.
5. Par décision du 25 mars 2019, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente extraordinaire du 1^{er} janvier au 30 novembre 2017, puis à compter du 1^{er} août 2018.

A l'échéance du délai d'attente, soit le 1^{er} septembre 2015 (l'atteinte à la santé étant survenue en septembre 2014), l'assurée était totalement incapable d'exercer une activité lucrative, ce qui lui aurait ouvert le droit à une rente entière. Cependant, la

demande de prestations n'ayant été déposée que le 7 juillet 2016, la rente ne pouvait être versée qu'à compter de janvier 2017, date à laquelle l'invalidité n'était plus que de 40%, l'assurée ayant recouvré une capacité de travail à 60% dans toute activité depuis octobre 2016.

L'assurée avait terminé sa formation avec succès. D'autres mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

6. Par écriture du 10 mai 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que lui soit accordée une rente d'invalidité de 50% au moins, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouveau calcul de son droit aux prestations.

L'assurée rappelle les circonstances dans lesquelles est survenue l'atteinte à sa santé.

Elle souligne souffrir par ailleurs, en plus de ses atteintes physiques, d'un trouble dépressif récurrent et rappelle avoir fait deux tentamen ayant conduit à des hospitalisations en 2010 et 2011. D'ailleurs, le Dr B_____ en a fait mention dans son rapport du 21 juillet 2016 et son état anxiodépressif fait l'objet d'un suivi psychiatrique. Ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance sont limitées. Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas mené d'investigations supplémentaires sur le plan psychique.

Pour le surplus, elle allègue que tant le service de réadaptation de l'OAI que les médecins du SMR ont émis des doutes quant au fait que l'activité d'assistante médicale soit adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que l'expérience a confirmé puisqu'elle a dû, en cours de formation, réduire son taux d'occupation à 50% depuis l'été 2017 en raison de douleurs à la nuque, à la cheville et au genou. La station debout était supportable, mais pas les longs déplacements. La recourante en tire la conclusion que son degré d'invalidité aurait dû être fixé au minimum à 50%. Elle reproche à l'intimé d'avoir évalué sa capacité résiduelle de travail sur la base de ses désirs et de sa motivation subjectifs plutôt que sur une appréciation médicale objective.

Enfin, la recourante soutient qu'une réduction supplémentaire de 20, voire 25% aurait dû être appliquée au revenu d'invalidé pour tenir compte, d'une part, de son manque total d'expérience professionnelle, d'autre part, des multiples atteintes à la santé dont elle souffre, du risque de récurrence infectieuse.

7. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 juin 2019, a conclu au rejet du recours.

En substance, il fait valoir que toutes les atteintes à la santé ont été prises en compte par le SMR pour fixer la capacité de travail à 60% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelle et que ce taux a été confirmé par les Drs C_____ et D_____.

Au vu des éléments figurant au dossier, le tableau clinique est dominé par une problématique de nature essentiellement physique.

D'un point de vue psychique, l'assurée n'est plus suivie, ni traitée depuis mars 2014 et aucun élément au dossier ne fait état de l'existence de troubles psychiques de nature à influencer sa capacité de travail.

Quant à une éventuelle réduction du revenu d'invalidité, l'intimé fait remarquer qu'elle n'entre pas en ligne de compte, le degré d'invalidité n'ayant pas été calculé sur la base des statistiques.

8. Par écriture du 2 septembre 2019, la recourante a indiqué ne pas avoir d'observations complémentaires à apporter.

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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ssLPGA et 62ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité à reconnaître à recourante, plus particulièrement sur la question de savoir si le droit à une demi-rente d'invalidité plutôt qu'à un quart de rente pourrait lui être reconnu, comme elle le demande Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si

celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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.

b. 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 LPGGA) 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).

c. 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).

7. 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).
8. En l'espèce, la recourante conteste pouvoir exercer son activité à 60% et argue ne pouvoir le faire qu'à 50%, taux qu'elle a d'ailleurs adopté depuis l'été 2017.

En premier lieu, la recourante allègue souffrir, en plus de ses atteintes physiques, d'un trouble dépressif récurrent. Elle rappelle avoir fait deux tentamen ayant conduit à des hospitalisations en 2010 et 2011.

La Cour de céans constate que les faits évoqués remontent cependant à plusieurs années auparavant, la décision ayant été rendue en mars 2019. Certes, le médecin traitant a fait mention, dans son rapport du 21 juillet 2016 d'un état anxiodépressif dont il n'a cependant pas indiqué qu'il revêtirait un degré de gravité important, se limitant à suggérer d'éviter les activités occasionnant des « stress psychiques ». Qui plus est, la recourante ne produit aucun élément venant contredire les constatations du SMR selon lesquelles il n'y aurait plus ni suivi spécialisé, ni traitement en cours depuis 2014. Dans de telles circonstances, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir conclu qu'il n'y avait aucun indice permettant de penser à la persistance d'une atteinte psychique invalidante.

En second lieu, la recourante reproche à l'intimé son évaluation de sa capacité de travail. Elle rappelle les doutes émis par le SMR quant au fait que l'activité d'assistante médicale serait adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Certes, le SMR a émis des doutes dans un premier temps, en mai 2017, en précisant toutefois se référer à la situation « actuelle ». Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'intimé s'est bel et bien fondé sur une appréciation médicale objective puisque le Dr D_____ a par la suite confirmé le caractère adapté et exigible des activités tant de secrétaire que d'assistante médicale au vu des limitations fonctionnelles retenues et que son appréciation a été confirmée par le Dr C_____ qui, fin 2016, évoquait même une capacité de travail de 100% à condition d'éviter le port de charges et la station debout prolongée.

Eu égard aux considérations qui précèdent c'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 60% dans l'activité exercée, considérée comme adaptée.

9. La recourante soutient enfin qu'une réduction devrait être appliquée au revenu d'invalidé.
10. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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).

b. 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'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (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).

c. 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). 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 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à

tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

e. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

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).

11. En l'espèce, la recourante soutient qu'une réduction supplémentaire de 20, voire 25% aurait dû être appliquée au revenu d'invalidité pour tenir compte, d'une part, de son manque total d'expérience professionnelle, d'autre part, des multiples atteintes à la santé dont elle souffre.

L'intimé le conteste, arguant qu'aucune réduction n'est possible, le degré d'invalidité n'ayant pas été calculé sur la base des statistiques.

C'est le lieu de rappeler qu'une déduction sur le montant du salaire d'invalidité résultant des statistiques en raison d'empêchements propres à l'assuré ne doit être opérée que lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne.

Tel n'est pas le cas en l'occurrence.

Le manque d'expérience professionnelle n'est pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales. D'une part, l'activité envisagée est la même que celle à laquelle la recourante se destinait avant l'atteinte à sa santé. D'autre part, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5).

Quant aux atteintes à la santé, elles ont été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail et ne sauraient dès lors l'être une seconde fois au titre de facteur de réduction.

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

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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