



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2067/2019

ATAS/154/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 février 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1966, divorcée et mère d'une fille majeure, a effectué un apprentissage de coiffeuse entre 1982 et 1985, avant de travailler dans différents domaines, dont la vente, la restauration, la réception, puis de suivre une école d'esthéticienne de 2001 à 2002. Elle a participé à plusieurs formations dans ce secteur d'activité, et s'est également inscrite à des cours d'anglais, de gestion, d'informatique, ainsi qu'à un programme de création d'entreprise en 2011. En dernier lieu, elle a travaillé pour B_____ SA du 20 octobre 2009 au 13 décembre 2010.

2. En date du 5 octobre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Elle a indiqué être suivie par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, en raison d'une hernie discale et d'arthrose au dos. Elle a précisé être sans activité lucrative et bénéficiaire de prestations de l'Hospice général depuis le mois de mai 2012.

Elle a communiqué à l'OAI un arrêt de travail signé par le Dr C_____ pour le mois d'octobre 2016.

3. Dans un formulaire reçu par l'OAI le 19 décembre 2016, l'Hospice général a confirmé avoir, dès 2012, versé des prestations à l'assurée qui avait travaillé en dernier lieu en qualité de vendeuse à 50%, activité qu'elle avait dû interrompre pour des raisons médicales.

4. Le 28 février 2017, l'OAI a sollicité des renseignements de la part du Dr C_____.

5. Par courrier du 14 mars 2017, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) a informé l'OAI que l'assurée avait eu droit aux indemnités de l'assurance-chômage du 3 juillet 2006 au 2 juillet 2008 et du 12 janvier 2011 au 11 janvier 2013. Elle était inscrite en dernier lieu à un taux d'activité de 68%.

L'OCE a joint :

- des certificats du Dr C_____ attestant d'une totale incapacité de travail du 1^{er} au 31 mars 2000 et du 5 décembre 2000 au 31 janvier 2001 ;
- un certificat du docteur D_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, attestant d'un arrêt maladie à 100% du 9 au 16 août 2005.

6. Sans réponse du Dr C_____, l'OAI lui a adressé des rappels les 31 mars, 26 octobre et 13 décembre 2017.

7. Le 20 février 2018, l'OAI a écrit à l'assurée qu'il n'avait pas reçu les informations médicales indispensables à l'examen de sa demande et lui a suggéré d'intervenir directement auprès de son médecin traitant.

8. Dans un rapport du 10 août 2018, le Dr C_____ a répondu aux questions de l'OAI. Il a indiqué que le dépôt de la demande de prestations était motivée par une hernie sous-ligamentaire L4-L5 gauche (2016) traitée par infiltrations puis physiothérapie,

et des discopathies cervicales C2-C5 avec des cervico-brachialgies, ainsi qu'un traitement Sirdalud 4mg/soir. Depuis 2012, l'assurée avait dû arrêter son activité lucrative de massage et de soins, et était depuis lors à l'Hospice général. Elle avait tenté de travailler dans la vente, mais les ports de charges et les mouvements répétitifs étaient difficiles. S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail résiduelle, le médecin traitant a indiqué que, d'après l'assurée, elle pourrait travailler à 50% dans la réception. Elle aurait besoin d'un permis de conduire pour effectuer du conseil dans les produits cosmétiques ou faire des stages de réceptionniste dans l'esthétique ou du classement simple.

Le médecin traitant a communiqué à l'OAI un rapport suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 5 juillet 2016, examen ayant mis en exergue une petite hernie sous-ligamentaire L4-L5 gauche et un remaniement des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1.

9. Dans une appréciation du 25 novembre 2018, la doctoresse E_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, a retenu une capacité de travail entière, valable depuis au moins 2016, dans une activité adaptée, permettant à l'assurée de changer de position à sa guise et n'impliquant pas le port de charges de plus de 5 kg, l'utilisation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, les positions en hyper-extension ou hyper-flexion prolongée du cou, ou en porte à faux du rachis lombaire.
10. Dans une note interne du 11 décembre 2018, le service de réadaptation de l'OAI a retenu que l'assurée avait un statut mixte, comprenant une part active de 68% et une part ménagère de 32%. Il a considéré que l'activité de réceptionniste déjà occupée par le passé était compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Même si cette activité n'était pas adaptée, le degré d'invalidité théorique n'ouvrirait pas le droit aux mesures d'ordre professionnel. Compte tenu des restrictions et de la capacité de travail de l'assurée, de son parcours professionnel et des gains réalisés, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, faute d'être simples, adéquates et de nature à réduire le dommage.
11. Le même jour, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée. Il a fixé le revenu avec invalidité à CHF 49'123.- (salaire mensuel de CHF 4'363.- selon l'ESS 2016 [TA1, secteur privé, femme, total], porté à CHF 4'548.- après adaptation à la durée normale hebdomadaire de travail [41,7 heures], annualisé à CHF 54'581.- et réduit de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles). Quant au revenu sans invalidité, l'OAI s'est également référé aux ESS, faute de pouvoir le déterminer avec exactitude, étant rappelé que l'assurée était sans travail en 2016 et qu'elle avait auparavant réalisé diverses activités dans des domaines variés. Il a fixé, selon l'ESS 2016, le revenu à CHF 54'581.- pour un temps plein (CHF 37'115.- par an pour un taux d'occupation de 68%). La perte de gain s'élevait ainsi à CHF 5'458.- (54'581 – 49'123), correspondant à un degré d'invalidité de 6.8%.

-
12. Le 3 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il a indiqué qu'elle se consacrait à 68% à son activité professionnelle et à 32% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. S'agissant de la sphère professionnelle, l'intéressée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2016. En comparant les revenus sans invalidité (CHF 37'115.-) et avec invalidité (CHF 33'403.-), la perte de gain s'élevait à 10%, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 6,8% (68% x 10%), arrondi à 7%. Concernant la sphère ménagère, dans le cas présent, le degré d'empêchement dans les travaux habituels n'avait pas d'influence sur l'échelle de rente, de sorte qu'il n'était pas procédé à une enquête à domicile. Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à une rente et un degré d'invalidité inférieur à 20% n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles de reclassement. Dès le mois de janvier 2018, avec le nouveau mode de calcul de la méthode mixte, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel était extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le résultat de cette opération, qui représentait la perte de gain due à l'invalidité, demeurait inchangé.
13. Dans son opposition du 25 janvier 2019, l'assurée, par l'intermédiaire d'un mandataire, a relevé que le revenu sans invalidité de CHF 37'115.- portait sur une activité à 60% et qu'il y avait lieu de tenir compte d'un revenu pour une activité à 100%, soit un montant de CHF 61'836.-, de sorte que la perte de gain s'élevait à CHF 28'433.-. Elle a allégué avoir été dans l'incapacité de poursuivre son activité d'esthéticienne dès 2011 et avoir accepté de subir une certaine perte de revenu durant quelques temps en exerçant une activité à 60%, qu'elle avait dû se résoudre à stopper définitivement malgré sa bonne volonté en 2011. C'est pourquoi il y avait lieu de tenir compte d'un revenu sans invalidité exercé à 60%. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir ordonné d'expertise médicale et de ne pas s'être déplacé à son domicile pour déterminer la perte de gain dans l'activité ménagère. En outre, l'OAI n'avait pas pris en considération ses projets, notamment son souhait de bénéficier d'une formation et d'un reclassement. Elle désirait également se voir financer son permis de conduire.

Elle a notamment transmis à l'OAI :

- une attestation aux termes de laquelle elle avait définitivement échoué à l'obtention d'un diplôme d'esthéticienne ASEPIB (association suisse d'esthéticiennes propriétaires d'instituts de beauté et de relaxation) le 8 février 2003 ;
- une prescription de médicaments signée le 11 octobre 2018 par le docteur F_____, médecin praticien chez SOS Médecins ;
- une facture de 2018 émise par un praticien en bio-magnétisme, magnétothérapie et massage thérapeutique ;
- une prescription du 8 janvier 2019 pour neuf séances de physiothérapie.

14. Par décision du 16 avril 2019, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée, reprenant les motifs invoqués à l'appui de son projet de décision du 3 janvier 2019. Il a estimé que l'assurée n'avait fait valoir aucun élément permettant de s'écarter du revenu sans invalidité retenu, lequel se référait aux données statistiques. S'agissant des mesures professionnelles, elles ne seraient ni simples, ni adéquates, ni de nature à lui restituer une capacité de gain supplémentaire.
15. Dans une décision notifiée le même jour, l'OAI a rejeté la demande d'assistance juridique gratuite déposée par l'assurée.
16. Par acte du 28 mai 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre les deux décisions précitées. Concernant le rejet de prestations de l'assurance-invalidité, elle a conclu à l'annulation de la décision du 16 avril 2019, à ce qu'il soit reconnu qu'elle était incapable d'exercer sa profession d'esthéticienne depuis le 5 octobre 2016 et à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de procéder à son reclassement dans une profession adaptée à ses limitations physiques. Subsidiairement, elle a conclu à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de réexaminer sa situation professionnelle et personnelle quant à ses limitations tant au niveau professionnel que dans ses obligations domestiques. Dans un premier moyen, la recourante a fait grief à l'intimé d'avoir omis de considérer que le revenu sans invalidité de CHF 37'115.- portait sur une activité à 60%. Ainsi, son revenu mensuel s'élevait à CHF 3'092.- pour une activité à 60%, ce qui correspondait à un montant de CHF 5'153.- pour un travail à temps plein, soit un revenu annuel de CHF 61'836.-. Comparé au revenu avec invalidité de CHF 33'403.-, la perte de gain s'élevait à CHF 28'433.-, soit un taux de 45%. Concernant l'activité habituelle dans le ménage, exercée à l'époque à 40%, l'intimé n'avait pas effectué la moindre instruction. Elle a soutenu qu'elle souffrait de douleurs permanentes, en dépit des massages thérapeutiques, du bio-magnétisme, de la magnétothérapie et de séances de physiothérapie. Elle souhaitait que l'intimé lui propose un reclassement et finance son permis de conduire, afin qu'elle puisse exercer une fonction comme celle de chargée de vente de produits cosmétiques en différents endroits. Une telle activité serait beaucoup plus adaptée, et tiendrait compte de ses compétences professionnelles et de son incapacité à exercer des soins. Il était du devoir de l'intimé de procéder à une expertise complète, de réaliser des constatations à son domicile, de prendre en considération son projet de réadaptation ou de formation.
17. Dans sa réponse du 25 juin 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé avoir déterminé le revenu sans invalidité sur la base des données statistiques, faute de pouvoir le chiffrer avec exactitude puisque la recourante était sans activité au moment de l'atteinte à la santé. Sur la base du dossier et compte tenu d'une exigibilité de 100% dans une activité adaptée, il avait estimé qu'une enquête économique sur le ménage n'était pas indiquée. En outre, le degré d'invalidité dans les travaux habituels n'avait pas d'influence sur le droit à la rente. S'agissant des mesures de reclassement, les conditions d'octroi n'étaient pas réunies puisque la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité adaptée,

justifiant une perte de gain dans la sphère professionnelle de 7% et de 10% au total. Le seuil minimal fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement était une diminution de la capacité de gain de 20%.

18. Par écriture du 26 juillet 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a allégué avoir travaillé dans l'esthétique entre 60% et 70% jusqu'en 2012, puis avoir dû arrêter cette activité à cause de problèmes de dos. Ensuite, elle avait perçu des prestations de la part de l'assurance-chômage, puis de l'Hospice général. Ce dernier l'avait placée en 2016 à 50% en tant que vendeuse dans l'alimentation, de mai à juillet 2016. Après ces trois mois, son état de santé était catastrophique, et le port de charges et les mouvements répétitifs étaient difficiles. Elle avait été soignée par infiltrations et physiothérapie, avait dû faire appel à SOS Médecins et avait reçu une infiltration et un traitement myorelaxant. Cependant, ces thérapies et médicaments ne lui faisaient plus d'effet, et elle devait à présent consulter un ostéopathe pour un traitement de longue durée. Il était nécessaire qu'une véritable enquête médicale et à son domicile soit effectuée par l'intimé.

La recourante a annexé à son écriture les pièces suivantes :

- une attestation du 29 janvier 2019 de Monsieur G_____, physiothérapeute, mentionnant qu'il avait régulièrement suivi la recourante entre décembre 2012 et septembre 2018 pour des épisodes de blocages vertébraux associés à des processus inflammatoires musculaires ;
- un avis de délégation du 11 juillet 2019 du Dr C_____ pour un traitement de longue durée, soit jusqu'au 31 décembre 2019, auprès d'une ostéopathe ;
- un certificat du 25 juillet 2019 du Dr C_____ rappelant les atteintes et les traitements mentionnés dans son rapport 10 août 2018, et notant la « progression de sténoses fémorales avec L3-L4/L4-L5/ Gauche avec arthrose articulaire post L3, S1 en progression » ; il a observé « une progression de ses lésions dégénératives lombaires étagées » et conclu que sa patiente était apte à travailler à 50% dans un travail adapté « vu la progression clinique et radiologique de ses problèmes lombaires » ;
- un bon, non daté, du Dr C_____ pour une IRM lombaire, avec les images réalisées le 25 juillet 2019 ;
- des factures émises par une ostéopathe.

19. Le 27 août 2019, l'intimé a également persisté.

Il a produit un avis du 27 août 2019 du SMR, aux termes duquel les pièces produites par la recourante n'apportaient pas de nouvel élément médical permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions. L'aggravation clinique radiologique de l'arthrose lombaire signalée par le Dr C_____ n'était pas datée et aucun élément clinique n'était décrit. En l'absence de tels éléments objectifs, on ne pouvait pas retenir une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, les images de l'IRM lombaire du 25 juillet 2019 n'étaient pas lisibles et il n'y avait

pas de rapport les accompagnant. Enfin, une aggravation radiologique n'était pas forcément corrélée avec la clinique, et ne présentait ainsi pas un élément objectif de l'aggravation.

20. Par décision du 23 janvier 2020, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.
21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 38 al. 1 LPGA et 62 al. 3 LPA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le présent recours du 28 mai 2019 contre la décision sur opposition du 16 avril 2019 est recevable.

4. a. L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse est le rapport juridique qui dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui, bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation, ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2 et les références).

b. En l'occurrence, bien qu'intitulée « Refus de rente d'invalidité », la décision litigieuse porte sur le droit de la recourante à une rente, mais également à des mesures professionnelles.

Eu égard aux conclusions de la recourante, le litige ne concerne que son droit à des mesures d'ordre professionnel.

5. a. À teneur des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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).

b. 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 ATF 114 V 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

6. a. Il existe principalement trois méthodes d'évaluation de l'invalidité, la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré n'exerçant pas d'activité lucrative et assuré en exerçant une à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1).

b. 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 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 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 (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'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'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).

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).

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 ; arrêt 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).

c. 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).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

d. Selon l'art. 27^{bis} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), en vigueur depuis le 1^{er} 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. 27^{bis} 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).

7. a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

En vertu de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont

considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

b. Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a).

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

8. 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.

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

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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation

du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative

(ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

11. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante se consacrait à 68% à son activité professionnelle et à 32% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

Il a estimé qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et s'est fondé sur les mêmes tables statistiques pour la comparaison des revenus. Il a retenu un salaire sans invalidité de CHF 37'115.- et un salaire avec invalidité de CHF 33'403.-, soit une perte de gain de 10%, correspondant à un taux d'invalidité de 6,8% (68% x 10%), arrondi à 7%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel.

Concernant la sphère ménagère, il a considéré qu'il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre une enquête à domicile car le degré d'empêchement dans les travaux habituels n'avait pas d'influence sur le droit aux prestations.

12. La chambre de céans observe en préambule que la position de la recourante est difficilement compréhensible, tant ses écritures contiennent des incohérences, voire des contradictions.
13. a. Ainsi, en ce qui concerne la méthode d'évaluation de l'invalidité et la pondération des champs entre activité lucrative et accomplissement des travaux habituels, la recourante n'émet aucune critique concernant le statut mixte comprenant une part professionnelle de 68% et une part ménagère de 32%.

Pourtant, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir considéré, pour le calcul du degré d'invalidité, que le revenu sans invalidité portait sur une activité à « 60% ».

Cette référence à une proportion de « 60% » résulte selon toute vraisemblance d'une inadvertance de la part de l'intéressée, dès lors que cette dernière ne remet pas explicitement en cause la répartition opérée par l'intimé et qu'elle ne livre aucune motivation qui justifierait de s'écarter du taux de 68% dans la sphère professionnelle.

- b. En outre, la recourante allègue avoir dû mettre un terme à son activité d'esthéticienne en 2012 en raison de ses problèmes de dos. Elle ne développe cependant pas la moindre argumentation à ce propos, de sorte que la chambre de céans peine à saisir si l'intéressée entend en tirer un quelconque grief.

Cela étant, il sied de relever, d'une part, que la recourante a conclu, dans son écriture du 28 mai 2019, à ce que soit reconnue son incapacité d'exercer la profession d'esthéticienne depuis le 5 octobre 2016, et non pas depuis 2012. D'autre part, aucune pièce du dossier n'établit, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, l'existence d'une atteinte à la santé antérieure à 2016 qui

aurait contraint la recourante à diminuer son taux d'activité dans la profession habituelle ou à changer de travail.

c. Il y a donc lieu de confirmer le statut mixte comprenant une part professionnelle de 68% et une part ménagère de 32%, ce qui est conforme aux informations communiquées par l'OCE, à savoir que la recourante était inscrite au chômage avec un taux d'activité de 68% dès 2011.

14. a. S'agissant de l'invalidité dans la part professionnelle, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir considéré que le revenu sans invalidité concernait une activité à temps partiel.

b. La chambre de céans constate que c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu sans invalidité sur la base des salaires statistiques, dès lors que la recourante n'avait plus travaillé depuis plusieurs années au moment du dépôt de sa demande de prestations en 2016.

La référence au total TA1 (privé), pour une femme dans une activité de niveau 1 ne prête pas le flanc à la critique, étant rappelé que l'intéressée a exercé dans divers domaines d'activité.

En ce qui concerne le montant à retenir, l'intimé aurait effectivement dû extrapoler le revenu pour une activité lucrative exercée à temps complet, conformément aux dispositions en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

15. a. Quant au revenu avec invalidité, la recourante n'a pas, dans son acte de recours du 28 mai 2019, remis en cause l'appréciation de l'intimé relative à une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Elle n'a en outre élevé aucune critique à l'encontre du revenu avec invalidité fixé selon les données statistiques. Au contraire, elle a même repris, dans ses propres calculs, le montant déterminé à ce titre par l'intimé. Dans ces conditions, sa requête visant à la mise en œuvre d'une instruction médicale apparaît surprenante.

En tout état de cause, la chambre de céans constate que de telles investigations ne se justifient pas et que la situation médicale est claire. En effet, les diagnostics énoncés par le Dr C_____ dans son rapport du 10 août 2018, ainsi que les troubles mis en évidence par l'IRM du mois de juillet 2016, ne sont pas contestés. Il en va de même de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Interrogé à maintes reprises sur la capacité de travail résiduelle et les éventuelles limitations fonctionnelles, le Dr C_____ s'est contenté de rapporter l'appréciation de sa patiente, qui s'estimait apte à travailler à 50% dans la réception, sans livrer ses propres conclusions. Dans son avis du 25 novembre 2018, le SMR a dûment tenu compte des atteintes somatiques et des plaintes relatées par le médecin traitant. Il a estimé que la recourante pouvait exercer à temps complet une activité adaptée permettant le changement de position, qui n'impliquait pas le port de charges de plus de 5 kg, l'utilisation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, les positions en hyper-extension ou hyper-flexion prolongée du cou, ou en porte à faux du rachis lombaire.

Aucun élément du dossier ne permet de douter du bien-fondé de ces conclusions. La recourante n'a d'ailleurs pas soutenu, lors de l'introduction de son recours, qu'elle serait incapable d'exercer un métier respectant les contre-indications précitées, lesquelles concernent exclusivement les colonnes lombaire et cervicale et consistent pour l'essentiel en de simples mesures d'épargne.

b. Dans son écriture subséquente du 26 juillet 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions, tout en semblant se prévaloir d'une aggravation de son état de santé. Elle a produit un bon de délégation du Dr C_____ du 11 juillet 2019 pour un traitement d'ostéopathe, un certificat du 25 juillet 2019 du Dr C_____ signalant la « progression » des atteintes de la recourante, précisant que les divers traitements n'avaient pas eu les effets escomptés et que la dernière activité exercée avait aggravé l'état de santé de sa patiente, et mentionnant une capacité de travail de l'ordre de 50% dans un travail adapté. Elle a également transmis les images des examens radiologiques réalisés le 25 juillet 2019. L'intéressée remet donc désormais en cause, à tout le moins implicitement, l'appréciation du SMR quant à sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Ces documents, établis au mois de juillet 2019, sont postérieurs à la décision dont est recours et ne se rapportent pas à la situation antérieure, faute de le mentionner ou de contenir le moindre argument en ce sens. Ils ne sauraient donc être pris en considération dans le cadre du présent litige puisqu'il incombe à la chambre de céans d'apprécier la légalité de la décision entreprise d'après l'état de fait existant au moment où elle a été rendue.

Enfin, l'attestation du 29 janvier 2019 de M. G_____, aux termes de laquelle il avait régulièrement suivi la recourante entre décembre 2012 et septembre 2018 pour des « épisodes de blocages vertébraux associés à des processus inflammatoires musculaires » n'est pas propre à remettre en cause les conclusions du SMR quant à la pleine capacité de travail dans une activité adaptée. D'ailleurs, à l'époque où ce document a été rédigé, la recourante reconnaissait sans restriction aucune l'existence d'une capacité de travail à temps complet dans une activité adaptée, étant rappelé qu'elle a admis sans réserve, dans son recours du 28 mai 2019, le revenu avec invalidité retenu par l'intimé.

c. Dans ces conditions, l'intimé pouvait, sur la base de l'appréciation du SMR, conclure que la recourante présentait, depuis 2016 au moins, une entière capacité de travail dans une activité adaptée.

Enfin, le revenu d'invalidé déterminé sur la base de l'ESS 2016, TA1 (privé), pour une femme, dans une activité de niveau 1, est conforme à la jurisprudence fédérale en la matière.

16. a. La comparaison des revenus étant opérée sur la même base, il n'est pas nécessaire de chiffrer avec exactitude les revenus avec et sans invalidité puisqu'il est possible de fixer la perte de gain de la recourante directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pourcent.

Dans le cas présent, l'intimé a appliqué une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles, taux contre lequel la recourante ne fait valoir aucune objection. L'empêchement dans la sphère professionnelle est donc de 10%, soit le taux de l'abattement.

Compte tenu de la part professionnelle de 68%, le degré d'invalidité est donc bien de 6,8% (10% x 68%), arrondi à 7%,

b. On parvient naturellement au même résultat en appliquant le nouveau mode de calcul de la méthode mixte, réglé par l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

En effet, le revenu sans invalidité, extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps, doit être fixé à CHF 54'581.- (salaire mensuel de CHF 4'363.- selon l'ESS 2016 [TA1, secteur privé, femme, total], porté à CHF 4'548.- après adaptation à la durée normale hebdomadaire de travail [41,7 heures], puis annualisé).

Quant au revenu avec invalidité, il se base sur le revenu présumé, compte tenu de la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible, soit CHF 49'123.- (salaire mensuel de CHF 4'363.- selon l'ESS 2016 [TA1, secteur privé, femme, total], porté à CHF 4'548.- après adaptation à la durée normale hebdomadaire de travail [41,7 heures], puis réduit de 10% en raison des limitations fonctionnelles, et annualisé).

La perte de gain s'élève donc à CHF 5'458.- (CHF 54'581.- – CHF 49'123.-), soit 10% correspondant à un degré dans la sphère professionnelle de 6,8% (10% x 68%), arrondi à 7%.

17. S'agissant de l'invalidité dans la part ménagère, il sied de relever que, dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il faut tenir compte du fait qu'il convient d'opérer une stricte séparation entre l'exercice d'une activité lucrative et l'accomplissement des travaux habituels et qu'une mesure de reclassement ne peut avoir d'effets que sur l'exercice de l'activité lucrative. Il s'ensuit que le degré d'invalidité minimal exigé par la jurisprudence ne doit être atteint que dans cette part d'activité et non résulter du degré d'invalidité globale, sauf à admettre que l'accomplissement des travaux habituels peut avoir une influence décisive sur la question de la réadaptation professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2).

En l'occurrence, le taux minimal exigé par la jurisprudence pour l'octroi d'une mesure de reclassement n'est de loin pas atteint, de sorte que la recourante n'a pas droit à une telle mesure.

C'est donc à bon droit que l'intimé a renoncé à mettre en œuvre une enquête sur le ménage au domicile de la recourante.

18. Enfin, la recourante cite de nombreuses dispositions relatives à d'autres mesures d'ordre professionnel sans pour autant les requérir ou soutenir que les conditions d'octroi seraient en l'occurrence réalisées.

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que des mesures de réadaptation n'apparaissent ni nécessaires, ni appropriées, au vu de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et du parcours professionnel de la recourante.

19. Mal fondé, le recours est rejeté.

20. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 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. Dit qu'il n'est pas perçu d'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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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