

EN FAIT

1. Madame A_____ ([à l'époque B_____ née C_____] ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1976, ressortissante éthiopienne, femme de chambre, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 4 décembre 2014, pour diverses atteintes à la santé sur le plan somatique et psychique.

Elle avait travaillé en dernier lieu comme femme de chambre jusqu'en décembre 2013 et se trouvait en incapacité de travail complète depuis janvier 2014.
2. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI avait mis en place une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie attribuée, via la plateforme informatique SuisseMED@P, à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Le contenu du rapport d'expertise et les conclusions auxquelles les experts sont parvenus, seront évoqués, dans la mesure utile, dans les considérants qui vont suivre.
3. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), suivant les conclusions des experts, avait retenu une atteinte rhumatologique incapacitante et des atteintes somatiques et psychiatriques sans répercussion sur la capacité de travail (ci-après : CT), les lombalgies entraînant une diminution de rendement de 30 % dans l'activité habituelle de femme de chambre, la CT étant toutefois entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues.
4. L'OAI, après avoir adressé à l'assurée un projet de refus de prestations le 15 janvier 2018, avait confirmé le rejet de la demande (de rente et de mesures professionnelles) par décision du 23 février 2018, au motif que, sur la base des éléments médicaux versés au dossier, l'atteinte à la santé n'impliquait pas d'incapacité de travail, le SMR estimant la CT dans l'activité habituelle de femme de chambre à 100 % avec une baisse de rendement de 30 %. Étant donné que la dernière activité était exercée à hauteur de 50 %, son degré d'invalidité devait donc être considéré comme nul.
5. En date du 11 avril 2018, l'assurée, représentée par son conseil, avait saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) d'un recours contre cette décision. Elle avait conclu à l'annulation de la décision entreprise, à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise pluridisciplinaire aux fins d'évaluer son taux d'invalidité, puis d'inviter l'OAI à calculer le montant de la rente d'invalidité sur la foi d'un taux d'incapacité de gain de 50 %, ainsi qu'à ordonner des mesures de réinsertion professionnelle.
6. Dans sa réponse au recours, du 4 juin 2018, l'OAI avait considéré qu'après réexamen du dossier, il devait conclure à titre principal au renvoi du dossier pour instruction complémentaire portant notamment sur le statut d'assuré et sur la méthode d'évaluation de l'invalidité.

7. La recourante ayant indiqué par courrier de son conseil du 20 juin 2018 qu'elle ne s'opposait pas au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, la chambre de céans avait, par arrêt du 9 juillet 2018 (ATAS/634/2018), annulé la décision de l'OAI du 23 février 2018, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
8. Par courrier du 12 décembre 2018, l'OAI a soumis à l'assurée un questionnaire afin de déterminer quelle aurait été sa situation professionnelle si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.
9. L'assurée a retourné le questionnaire rempli et signé le 18 décembre 2018. Il ressortait que sans atteinte à la santé, elle exercerait toujours une activité lucrative, au même taux d'occupation que celui auquel elle exerçait sa dernière activité de femme de chambre, soit à temps complet (100 %), depuis 1998. Ceci dit elle n'avait pas entrepris de démarches concrètes pour une recherche d'emploi. S'agissant de sa situation familiale, elle indiquait avoir quatre enfants à charge, âgés respectivement de 16, 11, 8 et 3 ans. Elle indiquait enfin, s'agissant de sa situation financière, que celle-ci n'avait pas subi de modifications importantes depuis son atteinte à la santé.
10. En date du 17 avril 2019, la division de gestion de l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assurée. Sur la base du statut actif reconnu, la division de gestion a procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité :
 - pour déterminer le salaire avec invalidité, elle s'est basée sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, tableau TA1_tirage_skill_level pour une femme, tous secteurs confondus (ligne « total »), pour une activité avec des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1), déterminant un revenu annuel de CHF 53'793.-. Compte tenu des limitations fonctionnelles reconnues, une réduction de 10% pouvait être accordée, ce qui déterminait un revenu avec invalidité de CHF 48'414.-. Les autres critères habituellement admis ne permettaient pas de procéder à une réduction supplémentaire;
 - quant au revenu sans invalidité, les derniers salaires n'étant pas significatifs, elle s'était fondée sur les ESS 2014, tableau TA1_tirage_skill_level pour une femme, tous secteurs confondus (ligne « total »), pour une activité avec des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1), déterminant un revenu annuel de CHF 53'793.-.Ainsi, la comparaison des revenus aboutissait à une perte de gain de CHF 5'379.-, soit un taux d'invalidité de 10 %.
11. Le jour même, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel tant la demande de mesures professionnelles que celle de rente étaient rejetées. Le statut d'assurée retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il ressortait de l'instruction médicale que son incapacité de travail était de 30 % dans son activité habituelle. En effet une CT de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % était médicalement justifiée

dès janvier 2014. En conséquence, son degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, minimum requis pour l'ouverture d'un droit à la rente, elle n'y avait donc pas droit. L'instruction médicale retenait également que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la CT était entière dès janvier 2014. Selon la législation applicable, l'assuré avait droit au reclassement dans une nouvelle profession, si son invalidité rendait nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain pouvait ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière durable. Le droit au reclassement existait si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable était de 20 % au moins. La comparaison des gains avec et sans invalidité déterminant un degré d'invalidité de 10 % (selon le calcul opéré par la division de gestion de l'OAI - ci-dessus ad ch. 10), ce taux était inférieur aux 20 % requis pour l'ouverture d'un droit au reclassement; la mise en place de mesures professionnelles ne permettrait donc pas de réduire le dommage et ne serait ni simple, ni adéquate.

12. En date du 11 juin 2019, en l'absence de contestation de ce projet de décision par l'assurée dans le délai mentionné, l'OAI, partant de l'idée que cette dernière était d'accord avec le contenu dudit projet, a rendu une décision formelle, conforme aux motifs et conclusions de celui-ci.
13. Par courrier du 10 juillet 2019, l'assurée, représentée par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle concluait à l'annulation de la décision de l'OAI du 11 juin 2019 (notifiée le 12 juin), et cela fait, à la reconnaissance à la recourante d'une incapacité de travail de 100 %, en invitant l'intimé à calculer le montant des rentes depuis le dépôt de la demande d'invalidité, le tout avec suite de frais et dépens. Elle reprochait à l'intimé une instruction médicale insuffisante qui concluait à une CT de 100 % avec baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée (sic!). Elle souffrait d'un diabète, d'un cancer de la thyroïde et d'une arthrose importante. En outre, elle était séropositive, ce qui nécessitait des soins médicaux constants et fatigants. Elle avait de plus la charge d'un enfant gravement handicapé, qui présentait un trouble du spectre autistique; elle bénéficiait d'une allocation d'impotence moyenne correspondant à son handicap et nécessitait une surveillance constante. Elle produirait en outre un certificat médical détaillant ses atteintes à la santé et son lourd traitement médicamenteux, éléments qui, selon elle, démontreraient qu'ils ne lui permettraient pas d'effectuer une activité adaptée. Elle observait également que l'intimé n'indiquait pas quelle activité elle pourrait exercer, qui corresponde à ses handicaps multiples. L'intimé n'avait pas indiqué comment il avait calculé les revenus sans et avec atteinte à la santé. Jusqu'à ce jour elle n'avait jamais exercé d'activité professionnelle, de sorte que le revenu qu'on lui attribuait était purement hypothétique. N'ayant aucune formation professionnelle, parlant difficilement le français, elle serait en outre totalement incapable d'exercer un travail quelconque, compte tenu de son état de santé.

14. L'OAI a répondu au recours par courrier du 24 juillet 2019. Il concluait à son rejet. Afin de déterminer la CT et les limitations fonctionnelles de la recourante, une expertise comprenant un volet de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie avait été effectuée à la CRR. Cette expertise relatait par le détail les résultats des examens, tout en tenant compte des plaintes et de l'anamnèse de la recourante. Les diagnostics étaient clairs, les conclusions motivées et exemptes de contradictions. Ainsi ce rapport d'expertise, du 3 juillet 2017, remplissait toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en ressortait que la recourante avait une CT de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % dans son activité habituelle, et une CT de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg; pas de positions statiques au-delà d'une heure, pas de mouvements en porte-à-faux du rachis). En l'espèce, toutes les atteintes à la santé de la recourante avaient été prises en compte, tant par les experts que par le SMR. La recourante n'apportait aucun élément médical objectif nouveau qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise, et qui serait susceptible de remettre en question les conclusions des experts. L'intimé rappelait que lors de la procédure de recours précédente (contre la décision du 23 février 2018), il avait conclu au renvoi du dossier, afin de procéder à une instruction complémentaire portant sur le statut d'assurée, et sur la méthode d'évaluation de l'invalidité. Il ressortait de cette instruction complémentaire que la recourante devait se voir reconnaître un statut d'active à 100 %. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit celui que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir celui qu'il pourrait réaliser si l'invalidité ne l'entravait pas. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus. Toutefois en l'espèce, en l'absence d'une situation professionnelle stable et de données salariales concrètes, c'était à juste titre que l'office avait déterminé le revenu sans invalidité de la recourante d'après les ESS. Quant au revenu d'invalidé, il avait été évalué sur la même base, compte tenu du fait que l'assurée n'avait pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa CT résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part. La méthode utilisée par l'intimé ne prêtait donc pas à la critique. Quant au genre d'activité possible, selon la jurisprudence, il convenait d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. La recourante n'établissait pas, en l'espèce, de manière convaincante, en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Selon la jurisprudence également, l'OAI n'avait pas à répondre des difficultés du recourant pour trouver un emploi approprié par rapport à son manque de formation professionnelle ou à ses lacunes dans les connaissances linguistiques.

15. La recourante a répliqué par courrier du 22 octobre 2019. Selon le rapport - annoncé dans le recours - de son médecin traitant (docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale), la patiente développerait depuis plusieurs mois des douleurs généralisées compatibles avec une fibromyalgie; elle avait bénéficié d'un examen en rhumatologie par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne, maladies rhumatismales. Le contenu des rapports produits avec cette écriture seront décrits ci-dessous, pour le détail. La recourante fait encore valoir que selon le « rapport d'invalidité », elle souffre d'un état de stress post-traumatique depuis l'âge de 14 ans, d'un trouble anxieux dépressif réactionnel, d'une infection à VIH contrôlée et d'un diabète de type 2. En Suisse, elle dit avoir subi des traumatismes liés à des violences conjugales. Enfin, elle a 3 enfants à charge dont l'un, autiste, souffre d'impotence moyenne. Elle sollicite, « au vu de cette aggravation de son état de santé », une expertise en rhumatologie et en psychiatrie, et persiste pour le surplus dans les conclusions de son recours.

a. Le rapport de son médecin traitant, du 22 octobre 2019, énumère les antécédents médicaux, relève que la patiente développe depuis plusieurs mois des douleurs généralisées compatibles avec une fibromyalgie, et qu'elle a bénéficié d'un examen spécialisé en rhumatologie (rapport de consultation de la Dresse E_____ du 8 octobre 2019). Le médecin traitant observe que cette « entité », à cheval entre une pathologie psychiatrique et une atteinte rhumatologique, peut bien expliquer la situation que connaît la patiente, tant au plan social que de sa santé somatique complexe. Il relève qu'il y a bonne concordance entre les constatations médicales et les plaintes de la patiente. S'agissant des diagnostics ayant une incidence sur la CT, il retient: 1. trouble de l'adaptation; 2. état dépressif d'intensité modérée (1 et 2 déjà anciens); 3. fibromyalgie, dès juillet 2019. Il ne retient aucun diagnostic sans incidence sur la CT. Son pronostic est défavorable compte tenu du contexte bio-psycho-social.

b. Dans son bref rapport de consultation spécialisée remontant à septembre 2019, la Dresse E_____ indique que sur des bases tant cliniques que résultant des examens complémentaires, elle a retenu le diagnostic de fibromyalgie. Elle avait expliqué le diagnostic à la patiente, et n'avait pas introduit pour l'instant de traitement médicamenteux, car la patiente se disait mieux, uniquement avec un traitement associant physiothérapie et hydrothérapie, et application de chaleur au niveau du rachis. Selon l'évolution, l'introduction d'un traitement de Duloxetine, antidépresseur avec bon effet antidouleur intrinsèque par renforcement du système inhibiteur de la douleur, pourrait être essayé à doses progressives. Étaient joints à ce document, un rapport de radiographie de la colonne cervicale face/profil et des deux obliques, ainsi que de la colonne lombaire face/profil et du bassin debout de face, ainsi que du genou gauche face/profil, radiographies effectuées le 10 septembre 2019, à l'Institut d'Imagerie de Carouge centre (doctoresse F_____, radiologue FMH).

16. Par courrier du 18 novembre 2019, l'OAI a dupliqué. Il persiste intégralement dans ses conclusions. Les documents médicaux produits par la recourante avaient été soumis pour appréciation au SMR qui s'était prononcé à leur sujet ce même 18 novembre 2019 :

- s'agissant du rapport de la rhumatologue consultée, le diagnostic de fibromyalgie pouvait être corrélé avec le diagnostic d'état diffus douloureux chronique retenu par l'expert rhumatologue de la CRR en 2017. Peu importe la dénomination précise du diagnostic douloureux chronique et, selon la dernière jurisprudence, ce trouble doit être apprécié selon les indicateurs standards. L'analyse de ces indicateurs avait été faite lors de l'expertise à la CRR, et avait permis de retenir que ce symptôme n'avait pas de répercussion sur la CT. De plus, l'assurée déclare se porter mieux à l'aide de la physiothérapie spécifique;
- quant au rapport du médecin traitant, ce dernier décrit des diagnostics déjà connus, et précise que celui de fibromyalgie est connu depuis 2019, en raison de douleurs généralisées évoluant depuis plusieurs mois. Pour le SMR, cette symptomatologie de douleurs chroniques diffuses était déjà connue des experts de la CRR en 2017; ainsi ce rapport n'apporte pas d'élément nouveau;
- selon le rapport d'interprétation des diverses radiographies effectuées le 10 septembre 2019, celles de la colonne cervicale montrent une légère ostéophytose antérieure C5-C6, une légère uncarthrose bilatérale étagée interfacettaire bilatérale étagée prédominant en C4-C5 et C5-C6, sans sténose foraminale; celles de la colonne lombaire et du bassin décrivent une discrète ostéophytose antérieure étagée de L2-L3 à L5-S1, pas d'anomalie des sacro-iliaques, ébauche de coxarthrose bilatérale avec ébauche d'ostéophytose ; celle du genou gauche décrit une ébauche d'ostéophytose marginale des compartiments fémorotibial interne et fémoropatellaire. Pour le SMR, ces images radiologiques relèvent de discrets troubles dégénératifs, pouvant être compatibles avec l'âge. Il n'y a pas de clinique décrite associée. Ainsi il n'est pas possible de les corrélérer avec des limitations fonctionnelles pertinentes.

Ces documents n'apportent ainsi pas d'élément nouveau permettant de modifier les conclusions de l'expertise de la CRR.

17. Après transmission de ces écritures à la recourante, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.
18. Aucune d'elles ne s'est plus manifestée.

EN DROIT

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

fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. 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).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement au droit à la rente. On relèvera en effet qu'au stade du recours, la recourante ne remet plus en cause le refus de mesures professionnelles, considérant que son état de santé en particulier, mais également d'autres caractéristiques personnelles telles que l'absence de formation professionnelle ou des difficultés à parler en français, avaient pour conséquence qu'elle serait totalement incapable d'exercer un travail quelconque.
6. 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).

7. 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).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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.

a. 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 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).

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).

d. 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. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. 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 (Cst - RS 101; 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).
13. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé une instruction médicale insuffisante, et sollicite préalablement la mise en place d'une expertise médicale comportant les spécialités de rhumatologie et de psychiatrie. L'intimé observe à cet égard que pour déterminer la capacité fonctionnelle de la recourante, une expertise médicale comportant un volet de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie avait été effectuée à la CRR (rapport d'expertise du 30 juillet 2017). Il y a donc lieu de déterminer dans un premier temps si l'on peut accorder une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise pluridisciplinaire, ceci au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus.

La chambre de céans rappelle en premier lieu que l'OAI avait mis en place cette expertise via la plateforme informatique SuisseMED@P désignant de manière aléatoire les centres d'expertises liés à l'office fédéral des assurances sociales par une convention (art. 72bis RAI).

À l'instar de toute expertise médicale, ces expertises pluridisciplinaires doivent être confiées à des médecins indépendants, établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et il faut que les experts aboutissent à des résultats convaincants. Tel a bien été le cas en l'espèce. Tous les aspects de l'état de santé de l'assurée ont été examinés par les spécialistes reconnus qui ont été désignés soit : le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale (expert principal), la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, et le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cette expertise (après consilium), et les examens spécialisés (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) sont tous basés sur une pleine connaissance du dossier, une anamnèse complète, prennent en compte les plaintes de l'assurée, les examinateurs ayant de plus recueilli tous éléments complémentaires qui leur paraissaient nécessaires. Ils ont procédé personnellement à l'examen clinique de l'expertisée, dans le cadre duquel ils ont relevé les constatations objectives ressortant de leur examen; ils se sont prononcés sur les diagnostics qu'ils retenaient ou ne retenaient pas, au terme d'une discussion motivée aboutissant à des conclusions convaincantes, exemptes de contradictions. Ils ont en outre discuté du cas dans le cadre d'un consilium (entretien de synthèse) leur permettant ainsi, de répondre à toutes les questions posées dans le cadre de leur mission (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

a. Au final, un seul diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail a été retenu, soit dans le domaine rhumatologique, celui de lombalgies non spécifiques (M54.5); les autres diagnostics retenus, sans effet sur la capacité de travail, relevant notamment des aspects psychiatriques et des autres volets de médecine interne (hors rhumatologique). L'experte rhumatologue a relevé en effet que ce sont les lombalgies qui n'avaient plus permis à l'assurée de poursuivre son activité de femme de ménage. Ses douleurs, décrites comme permanentes et aggravées par les efforts, la position statique prolongée, n'ont pas d'irradiation aux membres inférieurs. L'experte indique que lors de l'examen, l'assurée a également décrit des talalgies plantaires récurrentes, de survenue récente, associées à des fourmillements; elle décrit finalement aussi des douleurs plus diffuses, thoraciques ou abdominales, aggravées par le stress. L'experte relève toutefois que pendant la durée de l'examen, il n'a été observé aucune expression douloureuse à la position assise prolongée et une mobilité spontanée fluide. Elle retient qu'en dépit du parasitage de l'examen et de la présence de signes de Waddell, tous présents pour la lombalgie, l'examen ne relève qu'une discrète limitation de la mobilité du rachis lombaire. Au final, l'experte ne retient comme diagnostic avec effet sur la capacité

de travail que des lombalgies non spécifiques qui justifieraient une baisse de rendement de 30 % dans l'activité (habituelle) de femme de ménage. En revanche, dans une activité (adaptée) n'imposant pas le port de plus de 10 kg, les positions statiques prolongées au-delà d'une heure, et les mouvements en porte-à-faux du rachis, l'exigibilité - partant la CT - serait complète. Ces conclusions sont claires, motivées, exemptes de toute contradiction. Du reste ni les médecins traitants ni la recourante elle-même, dans le cadre du recours, n'ont d'une quelconque manière contesté l'appréciation de la Dresse H_____. La chambre de céans estime donc que ce rapport est pleinement probant, aucun indice ressortant du dossier, de l'argumentation de la recourante ou des documents médicaux produits sur recours, ne permettant de retenir que l'experte aurait omis de tenir compte d'un élément important susceptible de faire naître le moindre doute sur sa fiabilité. Certes, la recourante produit à l'appui de sa réplique un rapport médical de son médecin traitant, qui évoque surtout sous forme de liste, des antécédents médicaux : mais ceux-ci, tous connus et pris en compte par les experts de la CRR, n'ont pas de conséquences actuelles sur la CT, ce que le médecin traitant ne prétend d'ailleurs pas. Il retient en revanche le diagnostic de fibromyalgie, à la suite de ce diagnostic posé par la rhumatologue à qui le médecin traitant a adressé sa patiente pour une consultation spécialisée. Il convient à cet égard de relever que le bref rapport adressé par la spécialiste au médecin traitant ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle indique avoir retenu le diagnostic de fibromyalgie, en se basant sur la clinique et sur les examens complémentaires, mais elle ne donne pas de motif et justification complémentaire pour retenir ce diagnostic plutôt que celui retenu par l'experte de la CRR, d'état douloureux chronique diffus (R52.2) retenu par la Dresse H_____. La Dresse E_____ ne fait d'ailleurs pas la moindre allusion à l'expertise en cause. Elle indique bien plutôt avoir expliqué le diagnostic à la patiente, mais n'avoir pas introduit pour l'instant de traitement médicamenteux, dans la mesure où l'intéressée se disait mieux, uniquement avec un traitement associant physiothérapie et hydrothérapie ainsi que l'application de chaleur au niveau du rachis. Ainsi, ce diagnostic (fibromyalgie), formellement nouveau, dans la mesure où il n'avait pas été évoqué avant la décision entreprise, ne paraît en tout cas pas constituer une aggravation de l'état de santé de la patiente, par rapport à l'époque de l'expertise (2017), voire au moment où a été rendue la décision litigieuse - dès lors que la recourante a elle-même indiqué à la rhumatologue se sentir soulagée grâce à la physio/hydrothérapie et l'application de chaleur (rachis). Ainsi cette problématique douloureuse était déjà connue de l'expert, et le diagnostic non incapacitant retenu à l'époque était une autre manière de décrire les douleurs chroniques non objectivables jugées non incapacitantes. À supposer au demeurant que l'on doive tenir compte du diagnostic de fibromyalgie, cela constituerait un élément nouveau, postérieur à la décision entreprise, et devant conduire au dépôt d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

b. Quant à l'aspect psychiatrique, la chambre de céans constate que sous cet angle l'expertise de la CRR, et en particulier l'examen personnel auquel a procédé le

Dr I _____ sont pleinement convaincants : le rapport d'expertise, - après consilium - (page 12 2^{ème} paragraphe et suivants) relève que l'expert a longuement repris l'anamnèse personnelle, - notamment par rapport à la problématique du stress post-traumatique évoquée par la recourante et son médecin traitant - l'expert ayant retenu le contexte de la guerre civile et de la vendetta familiale à laquelle l'expertisée a été confrontée : il évoque notamment le fait que l'assurée a assisté au meurtre de son oncle, et à des scènes de guerre, que sa vie en Suisse a ensuite été marquée par des souffrances successives en particulier avec ses maris successifs qui se sont montrés physiquement violents. Mais il retient qu'elle a pu assumer la charge de trois de ses enfants, seule, que les plaintes douloureuses ne sont pas au premier plan et que l'état douloureux chronique diffus, - dont il était question ci-dessus -, associé à une attitude démonstrative, ne trouve pas de justification psychiatrique. L'expert retient encore que l'assurée a relaté ses rêves nocturnes, qui sont le symptôme de la persistance d'un état de stress post-traumatique de faible intensité, retenu comme diagnostic sans impact sur la CT. Il relève également que s'agissant de la lignée dépressive, l'assurée a connu un premier épisode probable de dépression authentique en 2003, après la séparation de son premier conjoint. Au jour de l'expertise, l'assurée se présentait toutefois comme vive, volubile, à la pensée non ralentie, qui restait structurée. Il n'y avait aucun ralentissement perceptible. L'assurée décrit sa vie quotidienne comme active. Elle conserve une vie sociale avec quelques baisses de l'humeur et crises d'angoisse occasionnelles. S'il y avait pu y avoir un épisode dépressif dans le passé, il ne persistait aujourd'hui qu'un trouble anxieux et dépressif réactionnel, largement en rémission. L'expert psychiatre de conclure ainsi qu'il n'était donc pas retenu de pathologie grave chez cette assurée qui est tout de même forte, stable, équilibrée, capable d'assurer activement la gestion de ses enfants et de son ménage. Ses ressources de personnalité ne sont donc pas épuisées, elle dispose encore de ressources pour surmonter les difficultés de sa vie privée. Elle ne reçoit pas de traitement psychotrope. L'expert ne voyait pas vocation à un traitement antidépresseur. En revanche, il estimait que la psychothérapie en cours devait être maintenue et si possible intensifiée. Ainsi et contrairement à ce que la recourante laisse entendre dans ses écritures de recours et de réplique, il n'y a pas non plus d'éléments dans son argumentation, encore moins dans les documents médicaux produits (étant observé que son médecin traitant généraliste évoque les diagnostics psychiatriques incapacitants, mais il n'est pas un spécialiste en psychiatrie). Les circonstances ayant généré un état de stress post-traumatique, n'ont pas été ignorées par l'expert pas plus qu'aucun autre élément évoqué, sur recours, par la recourante. Ainsi, c'est à juste titre que le SMR, suivi par l'OAI dans la décision entreprise, a retenu une pleine valeur probante à l'expertise de la CRR, dont il a repris à son compte les conclusions dans la décision entreprise.

c. Ainsi, pour toutes ces raisons, et conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, il n'y a pas lieu d'envisager une nouvelle expertise, dans le cas d'espèce, la situation médicale de l'intéressée ayant été instruite à satisfaction,

l'expertise de la CRR et ses conclusions ayant à juste titre été prises pour base de l'évaluation ayant conduit à la décision entreprise.

14. Dans un second grief, la recourante reproche à l'intimé de ne pas préciser, dans la décision entreprise, comment il a calculé le revenu sans atteinte à la santé ni celui avec atteinte à la santé, sans compter qu'il n'indique pas quel travail elle pourrait exercer, alors qu'elle n'a jamais exercé d'activité professionnelle; le revenu qu'on lui attribuerait serait purement hypothétique.

On rappellera qu'à l'issue d'un précédent recours, la chambre de céans avait, par arrêt du 9 juillet 2018 (ATAS/634/2018), annulé la décision de l'OAI du 23 février 2018, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, en l'occurrence pour déterminer le statut d'assurée de la recourante et déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité, pour fixer le taux d'invalidité. Il convient donc d'examiner si l'intimé a respecté le cadre de l'instruction complémentaire déterminé par l'arrêt du 9 juillet 2018.

15. La chambre de céans observe, tout d'abord, quand bien même cela n'est plus contesté dans le cadre du présent recours, que l'OAI avait bien instruit, conformément à ce qui était prévu dans l'arrêt de la chambre de céans, le statut d'assurée de la recourante, retenant le statut d'active, soit celui d'une personne exerçant une activité lucrative à plein temps (100 %); ceci conformément au questionnaire rempli et signé par l'assurée le 18 décembre 2018, qui a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait toujours une activité lucrative au même taux d'occupation que celui qui était le sien dans sa dernière activité de femme de chambre, (exercée de 1998 à fin décembre 2013).
16. S'agissant dès lors de la détermination du degré d'invalidité, - 2^{ème} aspect de l'instruction complémentaire à laquelle l'OAI devait procéder -, 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).

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 (arrêts 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'invalidité, 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'invalidité 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).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'OAI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

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).

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).

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'invalide (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).

17. Force est de constater, dans le cas d'espèce, que l'intimé, comme il l'a d'ailleurs expliqué dans le projet de décision puis dans la décision entreprise du 11 juin 2019, a rigoureusement appliqué les principes définis ci-dessus. C'est en effet à juste titre que l'intimé, retenant, sur la base de l'extrait de compte individuel de la recourante (pièce 10, dossier intimé) l'absence d'une situation professionnelle stable avant l'atteinte à la santé, a pris pour base de la détermination du revenu sans invalidité, l'ESS 2014, année de la naissance du droit, et appliqué la même base de données pour déterminer le revenu avec invalidité, la recourante n'ayant en effet plus repris d'activité depuis 2014; ce qu'elle ne conteste d'ailleurs pas non plus: dans son recours, elle prétend même n'avoir « jamais exercé d'activité professionnelle » de sorte que le revenu qu'on lui attribuerait serait purement hypothétique.

Quant au taux de réduction appliqué au salaire statistique dans la fixation du revenu avec invalidité, selon la jurisprudence précédemment citée, 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).

En l'espèce, le taux de 10 % sur le maximum de 25 % possible, appliqué par l'intimé à l'abattement supplémentaire en question, échappe à toute critique, et apparaît ainsi conforme au droit.

18. Au vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, dans le contexte de l'objet du litige (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. Renonce à percevoir un 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

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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