RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3043/2020 **ATAS/964/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 septembre 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Guillaume ETIER — recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, la patiente ou la recourante), née B_____ le _____ 1965 au Brésil, de nationalité suisse, est mariée et mère de deux enfants, nés en 1995 et 1998. Elle a obtenu un Bachelor d'ingénieur agronome au Brésil en 1988. En Suisse, elle a travaillé en tant que stagiaire en agronomie auprès de C_____SA en 1997. Lors d'un séjour de plusieurs années au Brésil, elle a été responsable administrative d'un tea-room entre 1999 et 2002 et assistante administrative dans une station-service entre 2000 et 2002. De retour en Suisse, elle a travaillé en tant qu'assistante administrative auprès de l'entreprise D_____ à Genève en 2004 et a suivi une formation auprès de la Poste suisse en 2005, à l'issue de laquelle elle a obtenu un certificat de base de formation de la Poste suisse en 2007, avant d'y exercer une activité de collaboratrice de vente jusqu'à un arrêt de travail complet à compter du 27 octobre 2014.

b. Vingt-deux ans plus tôt, soit le 26 juin 1992, elle a été victime d'un accident de la circulation survenu en Valais. Alors qu'elle marchait sur le côté gauche d'une route, elle a été heurtée par une voiture qui lui a roulé sur le pied droit, entraînant un écrasement du tendon d'Achille avec plaie postérieure de la cheville. Les suites de cet accident ont été prises en charge par Zurich compagnie d'assurances SA (ci-après : la Zurich).

c. Une résection de l'ostéophyte postérieure Haglund a été réalisée en 1994.

d. Le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, consulté par l'assurée le 10 mars 2015 lors d'un examen IRM, a relevé que cet examen mettait en évidence une tendinite insertionnelle du tendon d'Achille droit, post-traumatique, avec des remaniements importants au niveau du tubulaire postérieur du calcanéum, ainsi qu'une atteinte du tendon d'Achille avec du liquide présent entre l'insertion et le tendon (fissurations) (rapport du 10 mars 2015). La patiente présentait des douleurs au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, mais aussi au niveau du triangle Kager. Au vu de ces éléments, le Dr E_____ a proposé à l'assurée une révision chirurgicale en précisant que les suites opératoires seraient longues et que la récupération ne pourrait pas être complète.

e. Déférant à une convocation de la Zurich, l'assurée s'est rendue le 16 avril 2015 au Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed) pour se soumettre à une expertise orthopédique, laquelle a été réalisée par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 1er mai 2015, l'expert a noté qu'après la fin des prestations en 2001, l'assurée n'avait plus sollicité la Zurich entre 2001 et 2011, malgré des douleurs fluctuantes qu'elle avait « [laissées] de côté » en raison de problèmes sociaux-familiaux avec son fils. Elle avait consulté à nouveau des spécialistes à partir de 2012 en raison de la persistance des douleurs, dont l'aggravation avait justifié une incapacité de travail à 100 % dès octobre 2014.

Selon le Dr F_____, il s'agissait donc d'une « histoire remontant à 1992 », sans qu'il n'y ait jamais eu d'évolution vers un état définitif. Dans ce contexte, il ne voyait pas ce qui pouvait justifier, à quelque moment que ce fût, un arrêt des prestations de la Zurich. En revanche, les douleurs sous-jacentes du genou, rétro-trochantériennes et du rachis correspondaient à une atteinte de type lombosciatique banale, sans déficit neurologique – et, en ce qui concernait le genou, peut-être à une atteinte dégénérative du compartiment interne – dont la relation de causalité avec l'accident était possible tout au plus. Quant à l'incapacité de travail, elle remontait à octobre 2014 et il était bien difficile de savoir quel degré d'aggravation justifiait une incapacité de travail totale. Une activité dans un poste de travail impliquant une station debout pratiquement permanente et des déplacements n'était pas adaptée. En revanche, une activité dans un poste alternant des stations debout et assise pouvait être parfaitement assumée à plein temps.

f. Le 26 mai 2015, l'assurée 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) en faisant état de blessures post-traumatiques consécutives à l'accident du 26 juin 1992.

g. Le 18 juin 2015, le Dr E_____ a procédé à l'intervention précédemment évoquée (réinsertion du tendon d'Achille avec résection d'une tubérosité de Haglund).

h. Le 29 juin 2015 l'OAI a reçu un rapport du Dr G_____, médecin généraliste, à teneur duquel il constatait, dès le 1er août 2015, l'aptitude à la réadaptation de l'assurée, en précisant que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – qui concernaient la station debout prolongée et la marche –, la capacité de travail était entière.

i. Le Dr E_____ a, pour sa part, indiqué que le pronostic était réservé du fait de douleurs chroniques qui se manifestaient à la marche au niveau du talon. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de guichetière mais entière dans un travail en position assise, avec alternance des positions assise et debout (cf. rapport du 9 novembre 2015).

j. Le 25 janvier 2016, le Dr E_____ a écrit à l'OAI qu'une réorientation professionnelle vers une activité sédentaire – consistant en des tâches de secrétariat, de bureau, de comptabilité – devait être envisagée en collaboration avec l'assurance-invalidité.

k. Par avis du 26 février 2016, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé qu'il fallait suivre les avis des médecins traitants – les Drs G_____ et E_____ –, en ce sens que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée dès le 1er novembre 2015, compte tenu de la période d'incapacité de travail post-opératoire de trois à quatre mois préconisée par l'expert F_____.

l. Le 18 avril 2016, l'OAI a ordonné une mesure de reclassement et a pris en charge, à ce titre, les coûts d'une formation de comptable confirmée auprès du Centre romand de formation continue (ci-après : CEFCO), appelée à se dérouler du 14 avril 2016 au 18 mars 2017.

m. Par communications des 16 juin et 4 juillet 2016, l'OAI a également pris en charge, à titre de reclassement, des compléments à la formation de comptable déjà octroyée (formation à l'utilisation de divers logiciels, complétée par une formation pratique en entreprise auprès d'une fiduciaire).

n. Dans un rapport du 1er novembre 2018, le docteur H_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que l'assurée travaillait en tant que comptable à 50 %. Aux dires de cette dernière, la prise occasionnelle d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après : AINS), la physiothérapie et l'acupuncture régulière, ainsi qu'une activité professionnelle de bureau de 50 % permettaient de rendre la « situation confortable » tandis qu'une augmentation du taux d'activité déclenchait une aggravation clinique. À l'examen clinique, on ne retrouvait qu'un discret syndrome vertébral sans syndrome irritatif ni déficitaire (hormis une hypoesthésie discrète du pied, ancienne). L'IRM lombaire était également très rassurante, avec une discrète pathologie dégénérative tout à fait compatible avec son âge, sans signaux inflammatoires ni conflit radiculaire. Le Dr H_____ avait donc rassuré sa patiente en lui expliquant que l'origine de ses douleurs était à mettre sur le compte d'un déséquilibre consécutif à sa boiterie, consécutif au traumatisme du pied, et qu'il n'y avait pas d'indications à renouveler l'imagerie lombaire ou un traitement spécifique rachidien.

o. Le 22 novembre 2017, le CEFCO a décerné à l'assurée un certificat d'aide-comptable confirmée, à l'issue de ses examens qu'elle avait réussis.

p. S'en sont suivies d'autres mesures que l'OAI a octroyées à l'assurée, à titre de reclassement (formation pratique en entreprise dans le domaine comptable, cours).

q. Dans un rapport du 6 décembre 2018, le Dr G_____ a indiqué que les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail consistaient en un syndrome douloureux diffus du membre inférieur droit et un syndrome rachidien douloureux. La capacité de travail exigible de l'assurée s'élevait à 50 %, soit l'équivalent du taux d'activité qui était actuellement le sien dans le cadre d'un stage en entreprise.

r. Par avis du 6 février 2019, le SMR a estimé, au vu du rapport du 1er novembre 2018 du Dr H_____, du rapport du 6 décembre 2018 du Dr G_____ et d'une IRM du pied droit du 28 mai 2015, révélant une nouvelle ossification de la marge postérieure du calcanéum, qu'il semblait exister une chronicisation de l'atteinte du pied droit avec une récidive d'entéropathie ossifiante depuis mai 2015. En conséquence, afin de déterminer l'ensemble des limitations fonctionnelles de l'assurée et sa capacité de travail médico-théorique dans la nouvelle activité d'aide-comptable, il était nécessaire de programmer une expertise rhumatologique, charge

à l'expert d'évaluer l'évolution de l'état de santé depuis l'expertise effectuée en avril 2015 par le Dr F_____.

s. Le 27 mars 2019, l'assurée s'est rendue, à la demande de l'OAI, auprès du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport d'expertise du 3 avril 2019, ce dernier a indiqué qu'il ne constatait pas d'aggravation significative de l'état de santé pouvant justifier, aux dires du Dr G_____ (cf. rapport du 6 décembre 2018), une diminution de la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Selon l'expert, une telle diminution de la capacité de travail ne se justifiait pas sur un plan ostéo-articulaire. L'assurée faisait régulièrement des voyages à l'étranger et avait de bonnes ressources physiques.

Sur un plan rhumatologique, la capacité de travail exigible était déterminée par trois facteurs, à savoir la tolérance aux contraintes mécaniques du tendon d'Achille droit dans le cadre d'une tendinopathie calcifiante chronique, la tolérance de la colonne lombaire dans le cadre d'une atteinte dégénérative modérée sans signe irritatif ni déficitaire et, enfin, la tolérance de l'épaule droite dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs sans signe de déchirure. Dès lors que la tendinopathie de la coiffe des rotateurs n'avait pas d'impact dans un travail de bureau, l'expert I_____ estimait que la capacité de travail était de 100 % dans une activité se situant à hauteur de bureau, sans port de charges, avec la possibilité de se lever une fois par heure. En conclusion, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle de collaboratrice à la Poste et de 100 % dans une activité adaptée (dont une activité de comptable), depuis le 7 octobre 2015. Cette date correspondait à l'examen pratiqué par le Dr E_____, dont le rapport du 9 novembre 2015 mentionnait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Au chapitre des limitations fonctionnelles, certaines concernaient le pied (port de charges inférieures à 10 kg, marche limitée à trente minutes, montées et descentes d'escaliers/d'échelles à éviter, pas de position debout statique dépassant quinze minutes), d'autres la colonne lombaire (pas de posture en porte-à-faux ni de position assise au-delà d'une heure à une heure et demie, pas de mouvement de rotation ni de flexion-extension lombaire, port de charges occasionnel jusqu'à 10 kg, fréquent jusqu'à 5 kg) et d'autres l'épaule droite (pas de port de charges supérieures à 5 kg ni d'activité prolongée au-dessus de l'horizontale).

t. Dans un « rapport final – MOP [mesures d'ordre professionnel] » du 20 juin 2019, l'OAI a constaté que l'assurée avait réussi toutes les formations prises en charge (sauf celle d'assistante en gestion du personnel, examen qu'elle n'avait pas passé), qu'elle était désormais réadaptée et pouvait prétendre à un poste en comptabilité dans l'économie normale. En conséquence, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée pour la part active (70 %, le solde de 30 % étant représenté par la sphère ménagère). La perte de gain subie était de 1.20 % pour un plein temps, de sorte que le degré d'invalidité pour la part active était de 0.84 %.

B. a. Par projet de décision du 21 juin 2019, l'OAI a refusé toute rente d'invalidité à l'assurée. Il ressortait de l'instruction médicale que, dans son activité habituelle, sa

capacité de travail était nulle depuis le 1er novembre 2014 (début du délai d'attente d'un an) mais que, dans une activité adaptée à son état de santé, cette capacité était entière à compter du 7 octobre 2015. Compte tenu de la perte économique de 1.20 % pour un emploi à plein temps, soit 0.84 % pour un emploi exercé à 70 % dans le cas particulier, il n'était pas nécessaire de déterminer les empêchements dans la sphère des travaux habituels au moyen d'une enquête économique sur le ménage. En effet, même avec un empêchement de 100 %, un degré d'invalidité de 40 % ne pouvait pas être atteint, faisant ainsi obstacle à l'octroi d'une rente d'invalidité en toute hypothèse. Enfin, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

b. Par pli du 25 juillet 2019, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet de décision en versant au dossier trois rapports médicaux récents dont le point commun était, selon elle, de retenir une capacité de travail de 50 %, même dans une activité adaptée :

- dans un rapport du 9 juillet 2019, le docteur J_____, rhumatologue, notait que l'assurée cherchait une activité professionnelle à 50 % et qu'il était important qu'elle puisse ne pas travailler à plein temps, afin de pouvoir continuer à suivre des séances de physiothérapie et à prendre ses différents traitements. Dans ce contexte, une capacité de travail n'excédant pas 50 % « dans son emploi habituel » paraissait tout à fait raisonnable et souhaitable ;

- dans un rapport du 15 juillet 2019, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, du Centre E_____ de médecine et de chirurgie du pied, mentionnait que l'imagerie du jour montrait la présence d'inflammations toujours présentes qui avaient mené à une nouvelle calcification à l'endroit de « l'ancien Haglund ». Toutefois, l'expression des douleurs allait au-delà du talon. L'assurée ressentait des douleurs sur tout le membre inférieur, le long de la jambe (irradiant dans le genou), la hanche et jusqu'au dos. Des démarches auprès d'un neurologue étaient prévues et la Dresse K_____ soutenait l'assurée dans cette voie puisque les investigations à venir pouvaient éventuellement expliquer le caractère névralgique des douleurs présentes et ouvrir la voie à de nouveaux traitements ;

- dans un rapport du 16 juillet 2019, le Dr G_____, généraliste, signalait que sa patiente souffrait d'un syndrome douloureux invalidant du membre inférieur droit post-traumatique, remontant à 1992, et signalait qu'en cas de taux d'activité supérieur à 50 % – qui avait été tenté –, l'assurée s'était trouvée en burnout à plusieurs reprises pour « avoir forcé dans son travail et accentué les douleurs, notamment en n'ayant pas pu suivre de physiothérapie dans ces périodes ».

c. Dans un rapport du 16 juillet 2019, le docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, a fait état d'un examen neurologique dans les limites de la norme, en précisant que l'ENMG (électroneuromyographie) des membres était sans anomalie,

en particulier sans évidence d'atteinte radiculaire ou tronculaire du côté droit. L'origine de la symptomatologie douloureuse du pied droit était à intégrer dans le contexte de la persistance d'une « enthésopathie ossifiante du tendon d'Achille avec […] réossification de la berge postérieure du calcanéum précédemment réséquée, associée à une bursopathie ».

d. Par avis du 16 mars 2020, le SMR a noté que le Dr L_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée et qu'au vu des rapports produits le 25 juillet 2019 par cette dernière, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (via la plateforme MED@P) était nécessaire avec les volets suivants : rhumatologie, psychiatrie et orthopédie.

e. Les 2, 10 et 13 juillet 2020, l'assurée a été examinée par les médecins suivants du Centre d'expertises médicales SMEX SA :

- pour la médecine interne : la doctoresse M_____, médecin praticien en médecine générale ;

- pour la psychiatrie : le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ;

- pour l'orthopédie : le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;

- pour la rhumatologie : le docteur P_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

Dans leur rapport du 13 août 2020, les experts précités n'ont retenu aucune atteinte à la santé d'un point de vue psychiatrique, respectivement aucune atteinte à la santé incapacitante du point de vue de la médecine interne. D'un point de vue rhumatologique, l'examen n'avait mis en évidence aucune pathologie incapacitante, que ce soit dans l'activité de comptable ou celle de commise administrative, exercée depuis février 2020 auprès de l'office cantonal de la protection de la population et des affaires militaires (ci-après : OCPPAM). Le Dr O_____ a retenu, quant à lui, les diagnostics d'antécédent d'écrasement du talon droit (opéré en 1994 et 2015), des lombalgies chroniques et d'une tendinopathie du muscle sous-scapulaire droit. Il a expliqué que la situation médicale était parfaitement similaire à celle décrite par le Dr I_____ en mars 2019 et qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions du précédent expert. Aussi les experts de SMEX SA ont confirmé, de façon consensuelle, les conclusions du Dr I_____.

f. Par avis du 20 août 2020, le SMR a estimé qu'au vu de la concordance des avis de tous les experts, on ne pouvait que s'en tenir à leurs conclusions, de sorte qu'il convenait de se référer à l'appréciation du Dr I_____ s'agissant de la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

g. Par décision du 27 août 2020, l'OAI a maintenu son projet de décision du 21 juin 2019 dès lors que son service médical, le SMR, adhérait pleinement aux conclusions consensuelles des experts de SMEX SA.

C. a. Le 28 septembre 2020, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) en sollicitant préalablement son audition et la mise en œuvre d'une « expertise ménagère » et en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis le 7 octobre 2015. En tout état, il y avait lieu d'acheminer la recourante à prouver, par toutes voies de droit, les faits allégués dans le cadre de son recours, si nécessaire en faisant entendre les Drs H_____, J_____ et K_____ et/ou en ordonnant une expertise pluridisciplinaire.

À l'appui de ses conclusions, elle a fait valoir en substance qu'il ressortait des rapports des Drs H_____, J_____, E_____ et K_____ qu'elle n'était plus apte à reprendre une activité, même adaptée, à plus de 50 % et qu'ainsi, il était nécessaire de procéder à une « expertise ménagère ». Elle a en outre soutenu que contrairement à ce qui ressortait des pièces du dossier, son ancien travail à la Poste ne s'effectuait pas principalement en position debout mais majoritairement en position assise, même si elle devait – comme le mentionnait l'expert I_____ dans son rapport du 3 avril 2019 – parfois déplacer des colis et tenir une position debout prolongée. Ainsi, si l'on adoptait le point de vue de l'intimé, en tant qu'il niait toute capacité dans l'activité habituelle exercée à la Poste suisse malgré les nombreuses similitudes de cette dernière avec une activité jugée adaptée, force était de considérer que l'accomplissement d'une activité professionnelle en position assise ne pouvait être exigé que dans une mesure très partielle.

b. Par réponse du 27 octobre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours en soutenant que l'expertise de SMEX SA devait se voir reconnaître pleine valeur probante et que dans la mesure où les allégations du mémoire de recours étaient contredites par les pièces du dossier, soutenues par les premières déclarations de l'intéressée au sujet de son travail habituel effectué en position debout prolongée, avec port de charges, on ne voyait pas quels détails pouvaient être encore apportés oralement lors d'une comparution personnelle des parties ordonnée par la chambre de céans.

c. Par réplique du 19 novembre 2020, la recourante a réitéré ses griefs au sujet de l'absence de valeur probante de l'expertise de SMEX SA, rappelé son souhait d'être entendue sur la question de l'ergonomie du poste occupé auprès de la Poste suisse, mis en exergue les conclusions de ses médecins traitants – en tant qu'elles différaient de celles des experts – et explicité la pertinence et l'ordre de priorité des diverses mesures d'instruction requises.

d. Par pli du 10 décembre 2020, l'intimé a indiqué qu'en l'absence de nouvel élément objectif ressortant de la dernière écriture de la recourante, il se référait à sa réponse du 27 octobre 2020 et persistait dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour

de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publiée le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai au premier jour qui suit un dimanche (art. 38 al. 3 LPGA et art. 17 al. 3 LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

6. Compte tenu de la date de la décision litigieuse, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1 ; ATF 127 V 467 consid. 1), il convient de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, entrée en vigueur le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) dans sa teneur du 1er décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si

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

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

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

   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).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

   b. 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).

c. 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.

c/aa. 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).

c/bb. 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).

c/cc. 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).

c/dd. 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 ; SVR 2008 IV n° 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_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2).

10. a. 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). Il n'existe 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).

    b. 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).

11. a. Faisant sien l'avis du SMR du 20 août 2020, lui-même fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 13 août 2020, l'intimé considère que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis octobre 2014, mais entière dans une activité adaptée depuis le 7 octobre 2015. La décision litigieuse retient également qu'au vu d'une perte de gain de 1.20 %, le

degré d'invalidité pour la part active (70 %) s'élève à 0.84 % (soit : 1.2 x 70/100), si bien que même un éventuel empêchement hypothétique de 100 % dans la part consacrée aux travaux habituels (30 %) ne permettrait pas d'atteindre le degré d'invalidité minimal requis (40 %) pour donner droit à une rente, d'où le caractère superfétatoire d'une enquête économique sur le ménage.

Pour sa part, la recourante conteste la capacité de travail exigible entière retenue par les experts de SMEX SA dans une activité adaptée, motif pris que selon ses médecins traitants, soit les Drs H_____, J_____ et K_____, sa capacité de travail ne serait que de 50 %, ce à plus forte raison que l'activité habituelle de collaboratrice de vente auprès de la Poste suisse – qu'elle n'est plus capable d'exercer, même de l'avis des experts – serait en définitive très proche de l'activité de comptable considérée comme adaptée par l'intimé.

Dans ces conditions, il convient d'examiner tout d'abord la valeur probante des rapports d'expertise établis par SMEX SA, respectivement le Dr I_____, étant relevé que les volets orthopédique et rhumatologique du premier rapport cité renvoient aux conclusions du Dr I_____.

b/aa. Dans leur rapport d'expertise du 13 août 2020, les experts de SMEX SA retiennent les diagnostics suivants :

- avec répercussion sur la capacité de travail :
  - status post chirurgie du tendon d'Achille de la cheville droite avec séquelles d'écrasement du talon droit, avec opération pour Haglund en 1994, reprise en 2015 avec Stayer, les douleurs persistant ;
  - tendinopathie du muscle sous-scapulaire de l'épaule droite selon échographie du 4 juillet 2018 ;
  - lombalgies dans le cadre d'une atteinte dégénérative modérée de la colonne lombaire ;
- sans répercussion sur la capacité de travail :
  - séquelles d'entorse du genou gauche ;
  - fracture du poignet droit en 2007 ;
  - fracture du 5ème doigt de la main gauche pendant l'adolescence ;
  - amygdalectomie ;
  - deux césariennes ;
  - status post cholécystectomie en 2011 ;
  - emphysème pulmonaire en 2020 ;
  - migraines anciennes ;
  - gastrite due aux anti-inflammatoires.

Compte tenu, d'une part, de l'absence de diagnostic avec effet sur la capacité de travail sur le plan de la médecine interne et psychiatrique (absence notamment d'élément en faveur d'un trouble somatoforme douloureux) et, d'autre part, d'un status orthopédique superposable aux constatations cliniques du Dr I_____, les experts estiment, d'un point de vue interdisciplinaire, au vu de tous les déficits énoncés, que le degré d'atteinte à la santé est léger en respectant le « profil d'effort ». Ce profil n'est certes pas adapté à l'exercice de l'activité habituelle à la Poste depuis octobre 2014, mais, depuis le 7 octobre 2015, à une activité à plein temps respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts O_____ et P_____, lesquelles se recoupent avec celles retenues précédemment par l'expert I_____, et s'avèrent compatibles avec l'activité de comptable.

Il sied de relever que les experts de SMEX SA ont rendu un rapport basé sur une documentation complète, une anamnèse familiale, scolaire, professionnelle et médicale, que ce document relate les plaintes de la recourante et qu'il comporte des examens complets dans chacune des quatre spécialités médicales. En outre, les diagnostics sont précis, les constatations sont claires et les conclusions bien motivées. Leur rapport doit dès lors se voir reconnaître valeur probante.

b/bb. Dans son rapport du 3 avril 2019, l'expert rhumatologue I_____ pose les diagnostics suivants :

- avec répercussion durable sur la capacité de travail :
  - douleurs chroniques du pied droit dans le cadre d'une tendinopathie insertionnelle calcifiante du tendon d'Achille, persistante malgré deux interventions chirurgicales (M76.6) ;
  - tendinopathie du muscle sous-scapulaire de l'épaule droite selon échographie du 4 juillet 2018 ;
  - lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une atteinte dégénérative modérée de la colonne lombaire ;
- sans répercussion sur la capacité de travail :
  - status après possible ancienne entorse du LLI (ligament latéral interne) du genou droit ;
  - status après fracture du 5ème métatarsien du pied droit.

En tant qu'ils ont une répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics retenus empêchent certes, depuis octobre 2014, la poursuite de l'activité habituelle exercée auprès de la Poste mais non l'exercice à plein temps d'une activité adaptée depuis le 7 octobre 2015, du moment que celle-ci n'implique pas le port de charges lourdes (occasionnellement jusqu'à 10 kg, fréquemment jusqu'à 5 kg), plus de trente minutes de marche, de montées et descentes d'escaliers ou d'échelles, de position debout statique dépassant quinze minutes, de posture en porte-à-faux, de position assise au-delà d'une heure à une heure et demie, de mouvement de rotation

ou de flexion-extension lombaire ou d'activité prolongée au-dessus de l'horizontale.

Pour le reste, la chambre de céans constate qu'à l'instar du rapport d'expertise pluridisciplinaire de SMEX SA, le rapport du Dr I_____ remplit également tous les réquisits formels permettant d'en reconnaître la valeur probante.

b/cc. Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que les rapports de ses médecins traitants, faisant état d'une capacité de travail de 50 %, y compris dans une activité adaptée, auraient simplement été ignorés par les experts de SMEX SA au terme d'un trop bref examen, de sorte que l'audition des Drs H_____, J_____ et K_____ et/ou une expertise se justifieraient au cas où l'avis des médecins précités n'emporterait pas la conviction.

Il convient de mentionner, d'une part, que la durée de l'expertise ne constitue pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical (cf. notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4) et, d'autre part, que les rapports attestant une capacité de travail de 50 % ont été non seulement pris en compte par les quatre experts dans l'étude du dossier médical (cf. annexe 1 du rapport d'expertise de SMEX SA) mais aussi commentés dans la mesure nécessaire.

Dans son rapport du 9 juillet 2019, le Dr J_____ indique que « [son] impression clinique a été [que la recourante] souffre surtout de douleurs d'origine musculaire [mais que] des plaintes de fourmillements du pied droit évoquent une participation neurogène à ses douleurs ». Pour sa part, la Dresse K_____ recommande des investigations neurologiques dans son rapport du 15 juillet 2019 et mentionne une incapacité « de travailler 8h par jour suite à la position assise requise » (sic) et de ne pas pouvoir rester assise plus d'une heure sans ressentir « le besoin de marcher et de se mettre en station debout ».

Mettant en exergue les passages précités des rapports des Drs K_____ et J_____, l'expert O_____ prend position à leur sujet en constatant, d'une part, que les « douleurs ressenties par la recourante n'ont pas de substrat clinique clair pouvant les expliquer » et, d'autre part, que le neurologue L_____, que la recourante a consulté, a fait état d'une ENMG normale dans son rapport du 16 juillet 2019, de sorte qu'elle est capable de travailler à 100 % « avec une place de travail ergonomique » (cf. expertise pluridisciplinaire, p. 50). Prenant également position au sujet du rapport du Dr J_____, l'expert rhumatologue P_____ constate que le neurologue L_____ n'a mis en évidence aucun signe neurologique dans son rapport du 16 juillet 2019. Aussi l'expert P_____ est-il d'avis que le Dr J_____ a pris en considération l'avis de la recourante concernant ses douleurs pour fixer à 50 % la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. expertise pluridisciplinaire, p. 68).

S'agissant du rapport du 1er novembre 2018 du neurochirurgien H_____, également mentionné dans l'annexe 1 du rapport d'expertise de SMEX SA, la chambre de céans constate que ce médecin relate les déclarations de la recourante

comme suit : « la prise occasionnelle d'AINS, de la physiothérapie et de l'acupuncture régulière ainsi qu'une activité professionnelle de bureau à 50 % permettent de rendre la situation confortable selon la patiente. Une augmentation du taux d'activité déclenche une aggravation clinique ». Sans prendre expressément position au sujet des plaintes de sa patiente, le Dr H_____ n'en retient pas moins que « l'examen clinique ne retrouve qu'un discret syndrome vertébral, sans syndrome irritatif ni déficitaire (hormis une hypoesthésie discrète du pied, ancienne). L'IRM lombaire est également très rassurante, avec une discrète pathologie dégénérative tout à fait compatible avec son âge, sans signaux inflammatoires, sans conflit radiculaire ». Il ajoute qu'il la « rassure donc en lui expliquant que l'origine de ses douleurs est à mettre sur le compte d'un déséquilibre consécutif à sa boiterie, bien entendu consécutif au traumatisme du pied, et qu'il n'y a pas d'indication à répéter aujourd'hui d'imagerie lombaire ni de traitement spécifique rachidien », avant de conclure : « je pense qu'elle a bien compris tout ceci, elle est aujourd'hui satisfaite de la situation globale ».

On relèvera enfin que la limite de 50 % alléguée par la recourante ne résiste pas à l'examen de cohérence et de plausibilité auquel s'est également livré l'expert O_____ : alors que la recourante avait déclaré travailler à la demi-journée, elle n'en avait pas moins demandé à son employeur actuel, soit à « l'administration de Genève de pouvoir travailler un demi-jour à deux jours complets pour bénéficier de plus de jours libres. De ce fait, elle admet qu'une journée de travail à plein temps est possible alors que, lors de la discussion, elle le réfute » (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire, p. 51). Dans le même ordre d'idées, on relève également que par courrier du 4 avril 2019, l'office cantonal de l'emploi a informé l'OAI qu'un délai-cadre avait été ouvert en faveur de la recourante pour la période du 11 mars 2019 au 10 mars 2021 et que le taux d'activité recherché par l'intéressée était de 100 % (cf. dossier OAI, doc 155, p. 525).

Au vu des développements qui précèdent, la chambre de céans est d'avis que si tant est que les rapports des Drs J_____, K_____ et H_____ s'écartent de l'appréciation des experts quant à la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, ils ne le font pas en faisant état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les experts et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions (cf. ci-dessus : consid. 9c/dd). Aussi n'est-il pas nécessaire, dans ces conditions, d'ordonner une nouvelle expertise ou de procéder à l'audition des médecins traitants de la recourante (cf. ci-dessus : consid. 10b).

b/dd. Dans un second moyen, la recourante soutient que son ancien travail à la Poste ne s'effectuait pas principalement en position debout mais majoritairement en position assise, même si elle devait, conformément à ce que mentionnait l'expert I_____ dans son rapport du 3 avril 2019, parfois déplacer des colis et tenir une position debout prolongée. Elle en déduit en substance qu'il serait incohérent que les experts admettent de façon unanime une capacité de travail qui serait nulle dans l'ancienne activité mais entière dans une activité adaptée, somme toute très

proche, et qu'ainsi, la chambre de céans devrait procéder à son audition au sujet des spécificités de son ancien poste de travail à la Poste.

Force est de constater en premier lieu qu'on ne voit pas comment ce ne seraient pas les déclarations faites par la recourante elle-même au sujet des spécificités de son ancien poste de travail qui auraient conduit le Dr E_____, à attester le 9 novembre 2015, après examen, que la capacité de travail était nulle en tant que « guichetière » mais entière dans un travail assis avec alternance des positions assise et debout, ouvrant ainsi la voie à un reclassement, par ailleurs favorisé par une « assurée [qui se disait] très motivée à reprendre rapidement une activité » (cf. le rapport d'évaluation IP, dossier OAI, doc. 39, p. 276). En second lieu, dans la mesure où ni aucun médecin ni la recourante elle-même ne remettent en question l'incapacité de travail totale dans l'ancienne activité exercée auprès de la Poste, la question de l'ergonomie de ce poste n'est pas pertinente pour l'issue du litige et les explications complémentaires que la recourante pourrait fournir oralement à ce sujet ne permettraient pas non plus à la chambre de céans d'en tirer des conclusions sur l'exigibilité d'une activité adaptée, seule question encore d'actualité, mais à laquelle les deux derniers rapports d'expertise examinés répondent déjà de manière probante.

Aussi la chambre de céans considérera-t-elle qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues le 3 avril 2019 par le Dr I_____.

12. L'intimé a retenu que la recourante aurait exercé une activité lucrative au taux de 70 % sans invalidité et se serait consacrée à son ménage le reste du temps. Celle-ci ne conteste ni ce statut mixte ni la répartition retenue, de sorte qu'il y a lieu d'établir son degré d'invalidité sur la base d'une activité lucrative de ce pourcentage et des travaux habituels dans le ménage au taux de 30 %.

13. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le

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

14. Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI nouveau, 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.

15. 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).

16. a. 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).

La mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est toutefois pas imposée par le droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du 2 septembre 2010 consid. 2.2 et la référence).

b. La recourante relève que l'expert I_____ indique que « l'assurée fait quelques commissions. [Elle] aime cuisiner. Si elle ne se sent pas bien, c'est son mari qui prépare le repas. […] Les tâches ménagères faites par l'assurée comprennent la cuisine, les petites commissions, les tâches administratives. Pour les autres activités, c'est son mari et sa fille qui s'en chargent ».

Tirant argument de ce passage du rapport d'expertise du 3 avril 2019, elle soutient ne plus être capable de passer l'aspirateur, de passer la serpillère, de faire le repassage, de faire la vaisselle, etc., et qu'ainsi, ses empêchements dans la sphère ménagère seraient d'au moins de l'ordre de 50 %, sans qu'il soit, « à défaut d'expertise ménagère, possible d'être plus précis ».

Il résulte toutefois de l'examen du degré d'invalidité dans la part active (ci-après : consid. 18) qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner une enquête économique sur le ménage pour déterminer plus précisément les empêchements éventuels rencontrés dans la sphère des travaux habituels. Selon la jurisprudence en effet, il n'y a pas lieu de procéder à un acte administratif qu'une appréciation anticipée des preuves désigne clairement comme inutile (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du 2 septembre 2010 consid. 2.2).

17. a. 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 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

c/aa. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatible 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).

Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 p. 184). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

c/bb. 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 aux 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).

18. Une fois la recourante réadaptée avec succès à un poste en comptabilité sur le premier marché du travail en 2019, l'intimé a procédé au calcul du degré d'invalidité comme suit en juin 2019, sur la base des statistiques alors disponibles : en se référant à l'ESS, soit au tableau TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, ligne 64, 66 (services financiers ; activités auxiliaires de services financiers et d'assurances), une femme pouvait réaliser, en 2016, un revenu mensuel de CHF 6'643.- (soit CHF 79'716.- par année) dans une activité de niveau 2. Compte tenu de la durée de travail s'élevant à 41.70 heures en 2018, il en résulte un revenu annuel avec invalidité de CHF 83'104.-, soit CHF 83'810.- une fois celui-ci indexé à 2018 selon l'ESS (83'104.- x 2'732.- / 2'709.- = 83'810.-), ce qui correspond à CHF 75'429.- après un abattement de 10 %. En comparant ce dernier montant au salaire que la recourante réalisait en 2015 (CHF 52'539.-), indexé à 2018 selon l'ESS (52'539.- x 2'732.- / 2'686.-), puis extrapolé à 100 % (soit : CHF 76'341.-), la perte de gain se monte à CHF 913.- ou 1.20 % ([76'341.- – 75'429.-] x 100 / 76'341.- = 1.20), respectivement à 1 % (soit : 0.84 %, arrondi à 1 %), compte tenu d'une part active de 70 %.

Si l'on met de côté la question de l'exigibilité d'une activité adaptée à 100 % (dont celle de comptable), déjà tranchée plus haut (ci-dessus : consid. 11), la recourante ne remet pas en cause le calcul de l'intimé. La chambre de céans constate que ce dernier tient dûment compte des modifications de l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018 (ci-dessus : consid. 14) et que la comparaison des revenus opérée ne souffre pas la critique, notamment en ce qui concerne la prise en compte d'un

abattement de 10 % sur le revenu d'invalide en raison des limitations fonctionnelles et des années de fonction (dix ans auprès du même employeur, La Poste), et le fait de ne pas admettre d'autres facteurs de réduction dans le cas particulier. Dans la mesure où il ressort du calcul ainsi effectué que la recourante ne présente qu'un degré d'invalidité de 1 % après son reclassement réussi dans le domaine de la comptabilité, la question de savoir quel empêchement précis elle rencontre dans ses travaux habituels peut rester indécise, nonobstant l'aptitude partielle – mais non chiffrée – attestée par les experts I_____ et O_____ en la matière. En effet, même un hypothétique empêchement de 100 % ne saurait mathématiquement suffire à lui ouvrir un droit à une rente minimale.

19. Partant, le recours doit être rejeté.

20. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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