



---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante colombienne née en 1974, a travaillé en tant que serveuse dans divers établissements. Dès 2009, elle a été vendeuse à 50 % dans un magasin de sandwiches.
2. Dès le 1<sup>er</sup> février 2012, l'assurée a été en incapacité de travail totale.
3. Une IRM dorso-lombaire du 8 février 2012 a mis en évidence une arthrose marquée des articulaires postérieures en L5-S1, en particulier à droite, des remaniements dégénératifs des articulaires postérieures modérées en L4 et L5 et marquées en L5-S1, en particulier à droite, et de discrètes protrusions discales en C4-C5, C5-C6 à l'étage cervical. Il n'y avait pas d'anomalie disco-somatique significative au niveau dorsal.
4. Des radiographies du pouce droit et de l'épaule gauche de l'assurée, réalisées en avril 2012, se sont révélées normales.
5. Le 24 avril 2012, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie de l'assurée a adressé un formulaire de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé).
6. Le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a été mandaté par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie de l'assurée pour réaliser une expertise. Dans son rapport du 13 juin 2012, ce médecin a indiqué que l'assurée était en parfaite santé habituelle. Elle avait subi une cure d'hernie inguinale droite en 2011. Son travail consistait à préparer des sandwiches et des plats à l'emporter, à les vendre et à faire le nettoyage et la vaisselle. Elle travaillait en position statique debout, en léger porte-à-faux antérieur. Il n'y avait pas de port de charges lourdes. Depuis une année et demie, l'assurée présentait des cervico-dorso-lombalgies épisodiques, rythmées par ses activités professionnelles, qui s'intensifiaient progressivement au fil du temps. Elle avait été particulièrement algique dans la région dorsale en janvier 2012, ce qui avait entraîné une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> février 2012. L'évolution était globalement favorable, même si l'assurée mentionnait la persistance de cervico-dorsalgies et de lombalgies épisodiques. Elle signalait également quelques scapulalgies gauches, des douleurs des doigts, et parfois du genou droit depuis quelques semaines. Elle se disait souvent fatiguée, avec un sommeil parfois peu réparateur. Elle souffrait épisodiquement de migraines. Quelques séances de physiothérapie ne l'avaient pas aidée. Il existait des douleurs d'origine plutôt musculaire et insertionnelle, qui pourraient même faire songer à un tableau de type fibromyalgique. Les douleurs semblaient s'être aggravées à la suite des activités statiques en porte-à-faux antérieur. Le rhumatologue traitant avait proposé un changement d'activité, et un premier contact avait eu lieu avec l'OAI. Le Dr B\_\_\_\_\_ doutait que cela débouche sur un reclassement professionnel chez l'assurée, qui n'avait pas de formation et dont les limitations étaient modestes. L'assurée lui avait dit qu'elle imaginait volontiers un changement d'activité, pour devenir par exemple vendeuse en

bijouterie ou en vêtements. Elle se sentait toutefois capable de reprendre progressivement son ancienne activité, dans l'attente de trouver un emploi différent ou de bénéficier de prestations de l'assurance-invalidité. Le Dr B\_\_\_\_\_ lui avait ainsi proposé de reprendre son ancien travail à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, puis à 100 % dès le 1<sup>er</sup> août 2012. Si cette activité était légèrement contraignante pour le rachis, elle restait exigible puisqu'il n'y avait pas de port de charges soutenu et tout de même des possibilités de changer de posture. A terme, une activité de vendeuse serait plus souhaitable, et exigible à un taux complet.

7. Dans un rapport du 12 septembre 2012 à l'OAI, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis novembre 2011. Elle l'avait consulté pour des douleurs dorsales permanentes depuis quelques mois, qui semblaient s'aggraver. Lors de la première entrevue, le rhumatologue n'avait pas constaté de scoliose mais avait trouvé plusieurs dysfonctions, qu'il avait manipulées sans résultat. Il avait prescrit de la physiothérapie. L'IRM dorso-lombaire avait montré une arthrose marquée des articulaires postérieures des deux derniers étages lombaires, plus marquée à droite, une anomalie transitionnelle lombo-sacrée (probable lombalisation de S1), l'absence de pathologie discale dorso-lombaire, mais de discrètes protrusions cervicales en C4-C5 et C5-C6. L'assurée avait manifesté dès le début le souhait de changer de travail, compte tenu de son problème de dos. Il ne l'avait ensuite revue qu'irrégulièrement, car elle n'avait pas honoré plusieurs rendez-vous. Le dernier arrêt de travail qu'il avait établi remontait au 18 juin 2012.
8. Par courrier du 9 octobre 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il n'était pas nécessaire de déposer une demande, au vu de l'exigibilité de la reprise de son activité.
9. Des radiographies et une échographie de l'épaule droite de l'assurée ont été réalisées le 7 juillet 2015. Elles ont mis en évidence de discrets signes de tendinopathie dans la partie médiane et distale du tendon du muscle sus-épineux, sans signe de déchirure significative.
10. Le 1<sup>er</sup> février 2016, l'assurée a été engagée comme serveuse à 50 % dans un restaurant.
11. Dès le 12 septembre 2016, l'assurée a subi une incapacité de travail totale.
12. Des radiographies de la colonne lombaire, pratiquées le 14 septembre 2016, ont révélé une anomalie transitionnelle des structures osseuses sous forme d'une hémilombalisation gauche de la vertèbre S1. Il existait de discrets troubles dégénératifs des articulaires postérieures aux niveaux L4-L5 et L5-S1. On notait également des remaniements inter-épineux discrets à ces niveaux.

A la même date, une radiographie du pied droit a mis en évidence un hallux valgus avec un angle métatarso-phalangien de 25°. L'interligne articulaire à ce niveau était respecté, avec un minime remaniement ostéophytique.

---

Une radiographie des genoux ne démontrait pas de calcification pathologique au niveau des interlignes articulaires, mais une petite opacité arrondie bien délimitée en regard de l'interligne articulaire externe au niveau fémoro-tibial à droite, suggérant en premier lieu un os fabella.

13. Dans un rapport destiné à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie du 23 décembre 2016, partiellement illisible, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des métatarsalgies des deux pieds et des lombalgies chroniques depuis l'été 2016. L'incapacité de travail était totale depuis le 12 septembre 2016. Il a signalé une hémilombalisation gauche de S1, une arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1 et une hyperlordose avec contact des apophyses en L4-L5 et L5-S1. Dans un travail mieux adapté, le pronostic était bon. On pouvait s'attendre à une reprise du travail, mais pas dans l'activité de serveuse. L'assurée souhaitait reprendre un travail plus léger, avec changement de positions et moins de stress. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activités uniquement debout, exercées en marchant, en se penchant, accroupie, pas de port de charges ni de travail en montant sur une échelle ou un escabeau.
14. Le 18 janvier 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.
15. Le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a indiqué à l'OAI par courrier du 22 mars 2017 que celle-ci avait pu reprendre son travail le 1<sup>er</sup> mars 2017, car ses limitations physiques s'étaient bien atténuées. Elle renonçait ainsi à sa demande de prestations.
16. Dans un rapport du 7 avril 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des douleurs mécaniques des avant-pieds depuis juin 2016 et des lombalgies chroniques depuis 2012, avec des répercussions sur la capacité de travail. Le pronostic était bon. L'incapacité de travail était totale du 11 septembre 2016 au 28 février 2017. L'assurée devrait changer de travail. Une réadaptation professionnelle était nécessaire. Il a confirmé les limitations fonctionnelles déjà définies.
17. Par décision du 23 mai 2017, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au vu de la reprise du travail le 1<sup>er</sup> mars précédent.
18. Selon un questionnaire rempli par le 6 juin 2017, l'ancien employeur de l'assurée a indiqué qu'il avait résilié les rapports de travail de l'assurée au 31 janvier 2017. Le revenu de l'assurée était de CHF 23'400.- par année.
19. Dans une attestation du 8 septembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée travaillait en tant que serveuse. La station debout prolongée provoquait d'intenses douleurs au niveau du pied et de la cheville droits. Un changement d'activité professionnelle paraissait tout à fait indiqué.
20. Le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale du 31 mai au 6 juin 2017 et du 8 août au 23 septembre 2017.
21. La doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a attesté une incapacité de travail complète du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2018.

22. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en date du 28 mars 2018.
23. Dans un rapport du 4 juin 2018, la Dresse E\_\_\_\_\_ a daté le début de la maladie à 2014. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail étaient ceux d'arthrose interapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1, de troubles dégénératifs débutants des genoux, et de séquelles de capsulite probable à l'épaule gauche. L'assurée présentait en outre un hallux valgus droit, sans effet sur sa capacité de travail. La capacité de travail était nulle en tant que serveuse depuis le 25 septembre 2017, mais de 50 % à 100 % selon l'activité dans un autre emploi. Les limitations fonctionnelles étaient les stations debout ou assise prolongées, les flexions du tronc prolongées ou répétées et la montée ou descente répétée des escaliers. Le port de charges était limité. L'assurée présentait des douleurs de l'épaule gauche par intermittence, des gonalgies dans les escaliers et lors de l'accroupissement, et des lombalgies chroniques prédominant le soir et survenant lorsque les limitations fonctionnelles n'étaient pas respectées. Le pronostic était bon dans une activité adaptée. L'assurée avait débuté une formation d'esthéticienne, qu'elle avait dû interrompre pour des raisons financières.
24. Dans un rapport reçu le 8 juin 2018 par l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de travail totale depuis septembre 2017, attestée par la Dresse E\_\_\_\_\_. L'assurée souffrait de douleurs aux pieds et aux genoux. La station debout prolongée provoquait ces douleurs. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 %. Dans une activité adaptée, elle pouvait être de 50 %, voire de 100 % si l'on tenait compte des douleurs (*sic*).
25. Dans un rapport du 30 août 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dorsalgies et lombalgies mécaniques, l'assurée étant hyperlaxe, de conflit sous-acromial gauche malgré des radiographies normales, de douleurs des avant-pieds et de probable syndrome fibromyalgique. Tous ces diagnostics pouvaient avoir une incidence sur la capacité de travail, le problème étant que les plaintes subjectives n'étaient pas corroborées par des critères objectifs ou radiologiques. L'assurée ne pouvait pas porter des objets lourds, maintenir la même position longtemps ou travailler les bras en l'air. Il fallait la faire bénéficier d'une réinsertion professionnelle, comme il l'avait déjà indiqué dans son rapport du 7 avril 2017. La capacité de travail était nulle « depuis le début » en tant que serveuse. Elle était totale dans une activité adaptée.
26. Dans un rapport du 11 février 2019, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Il n'y avait pas de changement de diagnostic. Elle a confirmé les limitations fonctionnelles déjà rapportées, auxquelles s'ajoutait l'impossibilité de marches prolongées. La capacité de travail était nulle en tant que serveuse et totale dans une autre activité telle qu'un travail administratif, pour autant qu'il soit possible de changer fréquemment de position. Un examen complémentaire pour déterminer la capacité de travail ne lui paraissait pas nécessaire.

27. Dans un avis du 25 avril 2019, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de serveuse depuis septembre 2017, et pleine depuis toujours dans toutes les activités respectant les limitations fonctionnelles (activité essentiellement administrative, avec des changements de position assis-débout à volonté).
28. A la demande de l'OAI, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) lui a indiqué par courriel du 20 mai 2019 que l'assurée s'était annoncée à l'assurance-chômage le 3 mars 2017. Son dossier avait été clos le 9 septembre 2017 pour cause de maladie.
29. Dans une note du 23 mai 2019, l'OAI a reconnu un statut d'active à l'assurée, qui était engagée à 50 % chez son dernier employeur mais recherchait un emploi à temps complet selon les renseignements donnés à l'OCE.

Il a calculé le degré d'invalidité. S'agissant du revenu avec invalidité, il s'est référé au salaire statistique selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires dans des activités simples et répétitives pour une femme (ESS 2016, TA1\_tirage\_skill\_level Ligne Total, niveau 1), soit CHF 4'363.- par mois. Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures et indexé à 2018, le revenu annuel s'élevait ainsi à CHF 55'045.-. Les critères applicables ne justifiaient pas de réduction statistique. Le revenu annuel sans invalidité était de CHF 47'197.-, fondé sur le salaire annuel de CHF 23'400.- à 50 % en 2016 indiqué par l'employeur, et extrapolé à 100 %. L'assurée ne subissait pas de perte de gain.

30. A la même date, l'OAI a adressé un projet de décision niant le droit de l'assurée à une rente et à des mesures professionnelles. Il a considéré que celle-ci présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès septembre 2017, début du délai d'attente d'un an, mais que sa capacité de travail dans une activité adaptée était complète dès cette date. L'OAI a repris le calcul du degré d'invalidité, qui n'ouvrait pas droit à une rente. Au vu du large éventail d'activités adaptées dans les secteurs de la production et des services, l'intervention de l'OAI n'était pas nécessaire.
31. Par courrier du 20 juin 2019, l'assurée a déclaré contester intégralement le projet de l'OAI.
- Elle a joint un certificat établi le 18 juin 2019 par la Dresse E\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin a confirmé que l'assurée souffrait d'une arthrose interapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 avec syndrome de Bastrup débutant, sur hyperlordose lombaire, et de troubles dégénératifs débutants des genoux. Ces deux pathologies entraînaient des difficultés dans le port de charges et les flexions en avant prolongées, les montées et descentes répétées des escaliers et les marches prolongées.
32. Dans un avis du 25 juin 2019, le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu que le certificat de la Dresse E\_\_\_\_\_ confirmait les limitations fonctionnelles déjà connues, si bien qu'il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes du SMR.

33. Par décision du 2 juillet 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
34. L'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI par écriture du 3 septembre 2019. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à l'audition notamment de la Dresse E\_\_\_\_\_, principalement à l'annulation de la décision de l'intimé, à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle était invalide à raison d'un taux à déterminer mais d'au moins 40 %, et à ce que l'intimé soit condamné à lui accorder les prestations légales correspondant à son taux d'invalidité.

La recourante a allégué qu'il ressortait de son dossier médical que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas totale, se référant aux rapports de la Dresse E\_\_\_\_\_. Elle contestait également la comparaison des gains effectués par l'intimé. Le revenu avec invalidité ne tenait pas compte d'un abattement en raison de ses limitations, ce qui était contraire à la jurisprudence. De plus, elle maîtrisait mal le français et avait exercé l'activité de serveuse pendant de nombreuses années. Elle n'avait aucune autre expérience et ne bénéficiait d'aucune formation lui permettant d'exercer un emploi adapté à ses limitations, qui l'entravaient dans toute activité.

Elle a notamment produit un rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ établi le 10 octobre 2017 à l'attention de l'OCE, faisant état d'une incapacité totale de travail en tant que serveuse du 25 septembre au 31 octobre 2017, et précisant qu'une activité était possible sans charges importantes à porter, sans flexions répétées ou prolongées du tronc et sans devoir emprunter d'escaliers de manière répétée.

35. Par écriture du 29 octobre 2019, la recourante a indiqué à la chambre de céans qu'elle n'avait pas d'éléments complémentaires à faire valoir et qu'elle persistait dans ses conclusions.
36. Dans sa réponse du 25 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a souligné que la recourante n'alléguait aucun fait précis susceptible de remettre en cause sa décision. En effet, les pièces médicales auxquelles elle se référait attestaient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de serveuse, mais n'écartaient pas la possibilité pour la recourante de mettre à profit sa capacité de travail dans une activité adaptée. L'intimé n'avait ignoré aucun élément objectivement vérifiable. S'agissant de l'abattement sur le salaire d'invalide résultant des statistiques, aucun des facteurs pertinents ne pouvait être pris en compte. Les difficultés linguistiques ne relevaient pas d'un critère admis par la jurisprudence. En outre, même l'abattement maximal de 25 % n'aboutirait pas à un taux d'invalidité ouvrant le droit à une rente.
37. Dans sa réplique du 16 mars 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a produit un rapport du 17 février 2020 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qu'elle a cité. Elle a répété que sa capacité de travail n'était pas totale dans une activité adaptée, et qu'elle était entravée par des limitations

fonctionnelles dans plusieurs activités, en reprenant pour le surplus les arguments déjà développés dans ses précédentes écritures.

Dans le certificat joint, le Dr G\_\_\_\_\_ a rapporté que la recourante signalait des douleurs cervico-brachiales gauches exacerbées par les efforts, en particulier en portant des plateaux de la main gauche. Depuis qu'elle ne travaillait plus, les symptômes avaient diminué. Dans les activités de la vie quotidienne, elle était gênée lors de l'habillage. Elle était capable d'effectuer un peu de ménage et de cuisiner un petit repas. Son fils de 23 ans se chargeait des courses et des tâches lourdes. Le rhumatologue a décrit le traitement médicamenteux. A l'examen clinique, il ne notait aucun déficit neurologique des membres supérieurs, ni signes radiculaires. Seules des zones d'irritation cervicale étaient palpables, témoignant d'une arthrose active. Le reste de l'examen de la colonne dorso-lombaire était en ordre, hormis une douleur lors de l'hyperlordose lombaire.

38. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 16 mars 2020.
39. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

Les conclusions constatatoires qu'il contient sont en principe irrecevables, eu égard à leur caractère subsidiaire par rapport aux conclusions condamnatoires (ATF 129 V 289 consid. 2.1). Elles n'ont cependant pas de portée propre par rapport à ces dernières, dont elles ne sont que les prémisses juridiques.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

5. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.
6. Conformément à l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être

rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

7. a. Afin de trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). 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 de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

L'abattement ne peut résulter de déductions distinctes pour des facteurs séparés à prendre en considération. Une telle fragmentation n'est pas compatible avec une évaluation globale des effets des empêchements sur le revenu d'invalidité qui suppose un examen des facteurs considérés dans leur ensemble et non pas une addition schématique de pourcentages (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2). Il n'est pas justifié de quantifier séparément chacun des facteurs de réduction entrant en ligne de compte et de les additionner, car on perdrait ainsi de vue les effets réciproques (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb).

Le manque de formation n'est pas déterminant dès lors qu'il s'agit d'un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_474/2010 du 11 avril 2011 consid. 3.2). Des connaissances linguistiques limitées sont également un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3). En outre, les activités simples et répétitives correspondant aux niveaux 4 jusqu'à l'ESS 2010 et au niveau 1 dès l'ESS 2012 ne supposent par définition pas de bonnes connaissances linguistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_426/2014 du 18 août 2014 consid. 4.2).

9. En l'espèce, l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations en se fondant sur un degré d'invalidité nul, calculé en tenant compte de l'exigibilité d'une activité adaptée à un temps complet.

Sur ce point, force est de constater que tous les médecins traitants de la recourante ont admis que cette dernière disposait d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans un poste compatible avec ses limitations fonctionnelles.

Ainsi, le Dr C\_\_\_\_\_, qui a du reste indiqué que les plaintes de la recourante excédaient les atteintes objectivement constatées, a souligné dès 2016 la nécessité d'une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée. Il a confirmé une capacité de travail complète dans une telle activité dans son rapport du 30 août 2018. La Dresse E\_\_\_\_\_, que la recourante a consultée par la suite, partage cette appréciation. Cette rhumatologue soulignait en effet en juin 2018 et en février 2019 que le pronostic était favorable en cas de reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. On notera que les limitations fonctionnelles qu'elle a définies sont largement superposables à celles décrites par le Dr C\_\_\_\_\_. Dans son certificat du 20 juin 2019, produit par la recourante à l'appui de ses observations, la Dresse E\_\_\_\_\_ a énuméré les diagnostics déjà posés et les limitations fonctionnelles de la recourante, mais n'a pas exclu la possibilité d'une reprise professionnelle à plein temps dans un poste respectant lesdites limitations. Le Dr D\_\_\_\_\_ a lui aussi conclu que la capacité de travail pourrait être complète dans un emploi adapté dans son rapport du 8 juin 2018, ce qui découle également implicitement du fait qu'il a préconisé un changement d'activité professionnelle dans son attestation du 8 septembre 2017. On peut encore souligner que la formation entreprise par la recourante dans le domaine de l'esthétique – qui a dû être interrompue pour des raisons financières et non médicales selon la Dresse E\_\_\_\_\_ – plaide également en faveur de l'aptitude à exercer une activité adaptée.

Quant au certificat du Dr G\_\_\_\_\_, il ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail et de gain de la recourante. Les douleurs rapportées, liées à l'emploi de serveuse, ont déjà été prises en compte par les autres médecins puisqu'ils ont exclu la reprise d'une telle activité. Pour le surplus, les éléments de ce certificat cités à l'appui du recours, relatifs aux difficultés quotidiennes de la recourante, correspondent aux plaintes rapportées par cette dernière et non à des observations cliniques. Par ailleurs, ils ne portent pas sur des limitations fonctionnelles en lien avec la sphère professionnelle. Dès lors, le certificat du Dr G\_\_\_\_\_ ne justifie pas que l'on s'écarte des conclusions des précédents rhumatologues traitants, puisqu'il ne les contredit pas.

Partant, compte tenu des avis convergents des médecins traitants, et en l'absence de tout élément mettant en doute leurs conclusions ou la pertinence des limitations retenues, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la mise en valeur par la recourante de sa capacité résiduelle de travail était exigible à plein temps et sans diminution de rendement. La chambre de céans renoncera ainsi aux mesures d'instruction requises, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

10. Reste à examiner le calcul du degré d'invalidité auquel l'intimé a procédé.

En préambule, il faut souligner que le statut d'active de la recourante n'est pas contesté.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur le revenu réalisé par la recourante dans sa dernière activité à 50 %, qu'il a extrapolé à 100 %. A cet égard, la question de savoir si, compte tenu du fait que la recourante n'exploitait pas pleinement sa capacité de travail dans cette activité, qu'il n'est pas démontré qu'elle aurait pu augmenter son taux d'activité, et que les rapports de travail ont en outre été résiliés, on devrait plutôt se référer au revenu tiré d'activités simples et répétitives selon l'ESS (TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1) pour déterminer le revenu sans invalidité, peut rester ouverte dès lors qu'elle n'a pas d'incidence sur le droit aux prestations de la recourante. En effet, les mêmes données statistiques étant applicables pour fixer le revenu après invalidité, il n'est pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail, mais une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1). Or, les arguments de la recourante, ayant trait aux difficultés linguistiques alléguées et à l'absence de formation, justifiant selon elle l'application de la déduction maximale de 25 %, tombent à faux. En effet, comme cela ressort de la jurisprudence citée, le manque de connaissances du français relève d'un facteur étranger à l'invalidité. En outre, les activités simples et répétitives englobées dans le niveau 1 du tableau TA1\_tirage\_skill\_level sont dans leur très grande majorité accessibles sans formation préalable. On peut certes se demander si les limitations fonctionnelles de la recourante, consistant essentiellement en mesures classiques d'épargne du rachis, doivent conduire à l'admission d'un abattement. Cette question peut toutefois rester ouverte, dès lors que même une déduction maximale de 25 % n'ouvrirait pas le droit à la rente, et que des mesures de réinsertion ne sont pas indispensables, au vu du large éventail d'activités adaptées sur un marché équilibré du travail, que la recourante est à même d'exercer après une mise au courant en début d'emploi.

Ainsi, la décision de l'intimée sera confirmée.

11. Le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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