RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4167/2021 **ATAS/785/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 septembre 2022

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à CAROUGE, représentée par CCSI - CENTRE DE CONTACT SUISSE-IMMIGRÉS	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1965, originaire du Maroc, de nationalité suisse, est mariée et mère d'une fille née en 2008.

b. L'assurée a exercé une activité de couturière à un taux de 50% pour B_____ prêt-à-porter (ci-après : l'employeur), du 1er juillet 2013 au 30 juin 2019. Elle s'est inscrite à l'office régional de placement (ci-après : ORP) en juillet 2019 pour un taux recherché d'activité de 50%.

c. Elle a présenté une incapacité de travail totale depuis le 30 juin 2019 et a déposé, le 11 décembre 2019, une demande de prestations d'invalidité dans laquelle elle a indiqué avoir travaillé pour l'employeur à hauteur de 50%.

B. **a.** Le 10 février 2020, le docteur C_____, FHM médecine générale, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée en raison de gonalgies, lombalgies chroniques sur trouble statique, obésité, status post tumeur pulmonaire opérée en septembre 2015, état anxieux, douleurs aux poignets, incontinence urinaire, lourdeur des membres inférieurs sur varices et trouble du sommeil.

b. Une note de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) du 28 février 2020 a déterminé le statut de l'assurée comme mixte 50% active et 50% ménagère, en relevant qu'elle était employée à 50% par l'employeur et qu'elle s'était inscrite au chômage en juillet 2019 pour un taux de 50%.

c. Un CT du thorax du 14 septembre 2020 a conclu à l'absence de signe de récidive locorégionale.

d. Les 20 septembre et 5 novembre 2020, le Dr C_____ a donné des renseignements médicaux complémentaires, en mentionnant que l'évolution était défavorable en raison de douleurs lombaires et aux genoux associées à une incontinence urinaire sévère et qu'il ne pouvait préciser ses limitations fonctionnelles.

e. A la demande de l'OAI, le docteur D_____, FMH médecine interne, a rendu, le 7 avril 2021, un rapport d'expertise, concluant à une capacité de travail de l'assurée de 50% dans l'activité de couturière et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, une année après l'intervention pulmonaire.

f. Le 16 avril 2021, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a estimé que l'expertise était probante et a retenu une incapacité de travail de 50% dès 2015 et des limitations fonctionnelles de travail en ambiance tempérée, possibilité de se lever 1-2 fois par heure à son gré, pas de travail en porte-à-faux du tronc, pas de travail de force, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de montée et descente d'escaliers répétées, pas de marche prolongée de plus de 20 minutes, pas de marche en terrain irrégulier et pas de travail nécessitant de bonnes conditions d'équilibre.

g. Le 3 mai 2021, l'assurée a indiqué dans un « questionnaire statut » que, sans atteinte à la santé, elle exercerait comme couturière à un taux de 50%. Elle a précisé que « ma santé ne me permet pas de travailler actuellement. Cependant, si j'avais été en bonne santé, j'aurais travaillé pour vivre de mon salaire ». A la suite de quoi, l'OAI a confirmé le statut mixte de l'assurée 50% active, 50% ménagère.

h. Le 14 juin 2021, un rapport d'enquête économique sur le ménage a été établi, lequel a conclu à un empêchement pondéré sans exigibilité de 22,5% et avec exigibilité de 10,25%.

i. Par projet de décision du 17 juin 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était de 5% (soit 0% dans la sphère lucrative et 5% dans la sphère ménagère).

j. Le 22 juin 2021, le Dr C_____ a confirmé les atteintes incapacitantes suivantes : obésité morbide, gonalgie chronique, lombalgie chronique sur trouble statique, état anxio-dépressif, status post lobectomie pour tumeur carcinoïde gauche en 2015 et incontinence urinaire sur prolapsus urogénital.

k. Le 30 juin 2021, l'assurée, représentée par un avocat, a fait opposition au projet de décision et requis une rente entière d'invalidité.

l. Le 5 juillet 2021, le SMR a considéré que les rapports médicaux récents ne modifiaient pas son appréciation.

m. Le 5 juillet 2021, l'assurée a estimé que son incapacité ménagère était supérieure à 10%.

n. Le 22 juillet 2021, l'infirmière en charge de l'enquête ménagère a précisé qu'elle avait pris en compte la charge et la responsabilité de la fille mineure de l'assurée et que l'exigibilité des membres de la famille était très faible, soit un taux de 12,5%.

o. Le 17 août 2021, l'assurée, représentée par le CCSI - CENTRE DE CONTACT SUISSE-IMMIGRES (ci-après : CCSI), a relevé que le calcul du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était erroné et qu'un abattement d'au moins 15% devait être appliqué sur le revenu d'invalide ; enfin, les apnées du sommeil devaient encore être investiguées.

p. Le 3 septembre 2021, le SMR a observé que le syndrome des apnées du sommeil n'était pas incapacitant pour la profession de couturière.

q. Le 16 septembre 2021, le docteur E_____, FMH pneumologue, a effectué une polygraphie respiratoire nocturne et conclu à un trouble respiratoire du sommeil modéré, justifiant un traitement par CPAP.

r. Par décision du 9 novembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. **a.** Le 8 décembre 2021, l'assurée, représentée par le CCSI, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité sur la base d'un

degré d'invalidité de 41% ; l'OAI avait omis d'extrapoler le revenu sans invalidité pour un 100% ; les empêchements pour le champ d'activité alimentation étaient sous-évalués, l'exigibilité de l'époux surestimée, et la pondération pour le soin à l'enfant sous-estimée. L'empêchement avec exigibilité était, en définitive, de 19,25%, de sorte que le degré d'invalidité était de 40,5% [(62% x 50%) + (19,25% x 50%)].

b. Le 4 janvier 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, en soulignant que l'enquête économique sur le ménage était probante et que l'assurée ne subissait aucune incapacité de gain.

c. Le 26 janvier 2021, l'assurée a répliqué, en réitérant ses griefs.

d. Le 21 février 2022, l'OAI a dupliqué.

e. Le 4 avril 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

f. A la demande de la chambre de céans, le Dr E_____ a indiqué le 8 avril 2022 qu'il suivait l'assurée depuis le 16 septembre 2021 et lui avait prescrit un suivi CPAP ; elle présentait un trouble ventilatoire restrictif modéré (dyspnée de gravité II) et un BMI 43 qui la limitait dans les tâches ménagères ; elle était capable d'exercer une activité adaptée à un taux de 50% depuis 2015. Il a transmis un rapport d'oxymétrie nocturne du 3 novembre 2021 et un rapport de radiographie du thorax du 4 avril 2022, concluant à une image pulmonaire sans particularité.

g. Le 14 avril 2022, le SMR a indiqué que les conclusions du Dr E_____, qui rejoignaient l'avis du Dr D_____, et de la polysomnographie, confirmaient un diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil (SAS) modéré, de sorte que la dernière appréciation restait valable.

h. Le 2 mai 2022, la recourante a observé qu'elle n'avait jamais travaillé à un taux de plus de 50% mais qu'elle n'avait pas pu l'augmenter en raison de ses problèmes de santé ; rien ne permettait de présupposer qu'elle n'aurait pas augmenté son taux d'activité si elle avait été en bonne santé, de sorte qu'il convenait de retenir un statut d'active à 100%.

i. Le 10 mai 2022, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité, concluant à un taux de 30%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (revenu sans invalidité de CHF 54'582.- et revenu d'invalide de CHF 27'291.-, tous deux fondés sur l'ESS 2016, TA1, niveau 1).

j. Le 1er juillet 2022, la recourante a observé que le Dr E_____, dans l'appréciation d'une capacité de travail de 50%, n'avait pas pris en compte les atteintes ne ressortant pas de sa spécialité, que le Dr D_____ avait mentionnées et qui engendraient des limitations fonctionnelles supplémentaires ; or, celles-ci s'ajoutaient aux difficultés cognitives qui ressortaient d'un bilan neuropsychologique effectué le 25 mai 2022 et d'un bilan diagnostique des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 2 juin 2022, lequel

concluait à un déficit cognitif léger (déficit attentionnel au premier plan), soit un trouble cognitif d'origine thymique, pour lequel il était recommandé un suivi psychiatrique et psychothérapeutique spécialisé et l'introduction d'un traitement antidépresseur afin d'améliorer les symptômes anxieux et attentionnels. En conséquence, il existait une diminution de rendement qui réduisait la capacité de travail exigible à un taux de 25%, de sorte que le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était de 75%. Le taux d'invalidité ménager devait aussi être augmenté à 19,5%, après avoir modifié la pondération des champs d'activité, le taux d'empêchement et l'exigibilité de l'époux. Au total, le degré d'invalidité était de 47,1%, compte tenu d'un statut mixte 50% active et 50% ménagère.

k. Le 12 juillet 2022, le SMR a indiqué que les troubles cognitifs légers constatés ne pouvaient engendrer une incapacité de travail totale et pouvaient être améliorés par la reprise d'un traitement CPAP.

l. Le 25 juillet 2022, l'OAI a persisté dans sa décision, en relevant que le statut de l'assurée ne pouvait être celui d'active, dès lors qu'elle avait uniquement travaillé et recherché du travail à un taux de 50% et qu'elle avait indiqué que, sans atteintes à la santé, elle aurait travaillé à 50%.

m. Le 25 août 2022, la recourante a relevé que les troubles cognitifs légers diminuaient la capacité de travailler à un taux de 25% et qu'un futur traitement psychothérapeutique ne pouvait être pris en compte pour déterminer la capacité de travail actuelle. Compte tenu de l'empêchement ménager de 19,5%, le degré d'invalidité était de 47%.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut, sa capacité de travail et ses empêchements ménagers.

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la

décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4.

4.1 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).

4.2 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).

5.

5.1 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque

l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

5.2 Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain

exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28*a* 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).

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

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

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

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

fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

5.2.1.2. 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 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, 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 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). A cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une

évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). 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).

5.2.2 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).

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des

tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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).

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

8. En l'occurrence, il convient d'examiner les griefs de la recourante relativement à son statut, sa capacité de travail et sa capacité à effectuer les tâches ménagères.

8.1 L'intimé a retenu, dans sa note du 22 février 2020, confirmée le 6 mai 2021, un statut de la recourante mixte, 50% active, 50% ménagère.

La recourante n'a pas contesté ce statut dans ses écritures à l'intimé (des 30 juin 2021, 5 juillet 2021 et 17 août 2021), ni dans son recours du 8 décembre 2021. C'est seulement dans son écriture du 2 mai 2022 que la recourante a allégué qu'il convenait de lui appliquer un statut d'active à 100%. Or, dans ses écritures subséquentes, des 1er juillet et 25 août 2022, elle a procédé à un calcul de son degré d'invalidité en retenant un statut mixte 50% active, 50% ménagère, renonçant ainsi à la contestation de celui-ci.

Dans ces conditions, il convient de considérer que la recourante ne conteste plus ledit statut. Quoi qu'il en soit, celui-ci doit être confirmé, au vu, d'une part, du parcours de la recourante, qui a toujours travaillé pour son dernier employeur à un taux de 50% et cela déjà antérieurement à l'année 2015, moment où a débuté son incapacité de travail, et qui s'est ensuite inscrite à l'OCE pour une recherche d'emploi à un taux de 50% et, d'autre part, de la mention de la recourante, dans le questionnaire statut du 3 mai 2021, qu'en bonne santé, elle travaillerait à un taux de 50%.

8.2 S'agissant de la sphère professionnelle, la recourante accepte le taux de capacité de travail de 50% auquel a conclu l'expert D_____, mais estime qu'une diminution de rendement de 50% doit encore lui être appliquée, compte tenu de ses troubles cognitifs légers et du cumul des atteintes à sa santé, de sorte que sa capacité de travail exigible serait de 25%.

8.2.1 L'expertise du Dr D_____ a conclu à une capacité de travail de la recourante de 50% dès septembre 2016, soit un an après l'intervention chirurgicale au poumon de la recourante, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un travail en ambiance tempérée, avec la possibilité de se lever 1-2 fois par heure à son gré, pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc, pas de travail de force, pas de port de charge de plus de 10 kg, pas de montée et descente d'escalier de manière répétée, pas de marche prolongée de plus de 20 minutes et pas en terrain irrégulier, pas de travail nécessitant de bonnes conditions d'équilibre et pas de travail nécessitant une connaissance fluide de la langue française.

Fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, des diagnostics clairs, la description des limitations fonctionnelles et une appréciation étayée et convaincante de la capacité de travail de la recourante, l'expertise du Dr D_____ répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Contrairement à l'avis de la recourante, l'expert D_____ a bien pris en compte l'ensemble de toutes ses affections pour estimer l'impact des limitations fonctionnelles sur sa capacité de travail. En effet, cette expertise tient compte de l'obésité morbide, du SAS, du probable syndrome de Raynaud, de gonarthrose

bilatérale, des troubles statiques du rachis lombaire, des pieds plats transverse avec tendinite chronique, de l'hypertension artérielle, de l'incontinence urinaire et rectocèle, de l'insuffisance urinaire et du status après examen d'une tumeur carcinoïde typique et d'un kyste tendineux au poignet droit (expertise D_____, p. 19-20).

8.2.2 La recourante estime encore que les troubles cognitifs légers, relevés dans le bilan des HUG du 2 juin 2022, justifient une diminution de rendement de 50%, de telle manière que sa capacité de travail ne serait plus que de 25%. Il convient de rappeler que la capacité de travail de la recourante n'est exigible qu'à un taux de 50%. Or, aucun élément, en particulier le rapport des HUG précité, ne permet a priori de déduire du bilan précité que cette capacité serait encore réduite par les troubles cognitifs constatés. En toute hypothèse, il convient de constater que ces troubles ont été objectivés en mai 2022, soit postérieurement à la décision litigieuse, et qu'en conséquence ils ne peuvent être pris en compte. En effet, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

Cela dit, si la recourante estime que son état de santé s'est aggravé depuis la décision litigieuse, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations.

8.2.3 S'agissant du calcul du degré d'invalidité, les revenus pris en compte par l'intimé, dans sa détermination du 10 mai 2022, ne sont pas contestés par la recourante. En revanche, c'est à juste titre que celle-ci a contesté la manière dont l'intimé avait, jusque-là, calculé son degré d'invalidité, qui ne prenait à tort pas en compte - depuis janvier 2018 - l'extrapolation à 100% de son revenu sans invalidité (art. 27bis RAI). Cette erreur a été réparée par le nouveau calcul de l'intimé du 10 mai 2022.

La recourante est ainsi reconnue incapable de travailler à un taux de 50% depuis 2016. Vu le dépôt de sa demande de prestations le 11 décembre 2019, le degré d'invalidité peut être calculé dès l'année 2020, le droit à une éventuelle rente d'invalidité ne pouvant s'ouvrir avant juin 2020.

8.2.3.1. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé, en l'absence de données salariales concrètes, sur l'ESS, ce qui peut être confirmé. Au jour de la décision litigieuse, c'est l'ESS 2018, publiée le 20 avril 2020, qui est applicable. Selon l'ESS 2018, tableau TA1, total, niveau 1, le revenu mensuel pour une femme est de CHF 4'371.-, Compte tenu d'une durée normale de travail dans les entreprises en 2020 de 41,7 heures, il est de CHF 4'557.-, soit un revenu sans invalidité annuel de CHF 54'684.-

8.2.3.2. S'agissant du revenu avec invalidité, il doit se fonder sur la même tabelle, soit un revenu annuel de CHF 54'684.-. Compte tenu d'une activité exigible à un taux de 50%, il est de CHF 27'342.-. Afin de tenir compte des multiples atteintes de la recourante et d'une capacité de travail partielle seule exigible, il se justifie d'appliquer une déduction de 10%, soit un revenu de CHF 24'608.-

8.2.4 Le degré d'invalidité est ainsi de :

$$\frac{54'684 - 24'608}{54'684} = 55\%$$

Ramené à un statut d'active à 50%, il est de 28%.

8.3 S'agissant de la sphère ménagère, la recourante conteste certains points de l'enquête du 10 juin 2021, laquelle conclut à un empêchement pondéré avec exigibilité de 10,25%.

La recourante requiert la modification de la pondération des champs d'activité, un taux d'empêchement dans le champ alimentation plus élevé et une exigibilité inférieure de son époux, de telle manière que l'empêchement pondéré avec exigibilité serait de 19,25%. Or, point n'est besoin d'examiner en détail les griefs de la recourante car, même s'ils devaient être admis, avec comme conséquence qu'un taux d'empêchement de 19,25% serait accepté, le droit à une rente d'invalidité ne serait de toute façon pas ouvert. En effet, ramené au statut mixte de la recourante, le degré d'invalidité dans la sphère ménagère serait de 9,6%, de sorte que le degré d'invalidité total serait de 37,6% (28% + 9,6%), arrondi à 38%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

9. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis 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 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
Adriana MALANGA	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