

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/430/2020

ATAS/802/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 septembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, à COLOGNY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Delphine
ZARB

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Diana DORDEA et Teresa SOARES,
Juges assessseures**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1982 au Monténégro, est d'origine Rom.
2. Elle est arrivée en Suisse en décembre 2006 avec son compagnon, Monsieur B_____ et leurs trois enfants, C_____, né en 2000, D_____, né en 2001 et E_____, née en 2004. Elle est aujourd'hui titulaire d'une autorisation d'établissement.
3. Depuis l'année 2011, l'assurée a travaillé en tant que concierge dans l'immeuble dans lequel elle résidait, à raison de 15 heures par semaine, pour un salaire brut de CHF 1'560.- par mois.
4. Depuis l'année 2014, elle a également travaillé pour l'entreprise de nettoyage F_____, à raison de 10 heures par semaine (taux d'occupation de 23 %), pour un salaire annuel de CHF 8'974.-.
5. Le 28 septembre 2016, l'assurée a été victime d'un accident : elle a chuté dans les escaliers après avoir raté une marche, et s'est tordu le pied gauche.
6. Le 3 octobre 2016, l'accident a été annoncé à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), assureur-accident de F_____.
7. Par courrier du 24 octobre 2016, la SUVA a indiqué qu'elle verserait des indemnités journalières à l'assurée avec effet au 1^{er} octobre 2016.
8. À teneur d'un rapport établi le 8 novembre 2016 par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en radiologie, une imagerie par résonance magnétique mettait en évidence une lésion sous-chondrale du versant médial du dôme astragalien.
9. Le 24 mai 2017, F_____ a annoncé une rechute à la SUVA.
10. Dans un rapport du 29 mai 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le bilan radiologique et par SPECT-CT de la cheville gauche avait confirmé la présence d'une lésion ostéochondrale du dôme du talus interne gauche, hyperactive. Au vu de la longue durée d'évolution, de la persistance des douleurs et de l'hyperactivité au SPECT-CT, une intervention chirurgicale pouvait être discutée.
11. Dans un rapport du 9 juin 2017, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic d'entorse de la cheville gauche, compliquée d'une lésion du dôme de l'astragale. Malgré la physiothérapie, une persistance de la douleur à la cheville gauche ainsi qu'une tuméfaction motivaient une consultation orthopédique. L'assurée était adressée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 20 juin 2017 en vue d'une intervention.
12. Le 4 août 2017, l'assurée a été entendue dans les locaux de la SUVA.

Elle n'avait pas de formation professionnelle et avait principalement travaillé dans le nettoyage depuis son arrivée en Suisse.

Dans le cadre de son emploi de concierge, elle entretenait un petit immeuble de deux étages. Elle dépoussiérait, nettoyait les cages d'escaliers et les sols, sortait les containers et entretenait les extérieurs. Elle ne portait pas de lourdes charges.

S'agissant de son emploi comme nettoyeuse, elle dépoussiérait, passait l'aspirateur, nettoyait les sols, les cuisines et les toilettes, vidait les corbeilles et les poubelles. Elle poussait également un chariot contenant tous les produits de nettoyage et un bidon d'eau, et effectuait de nombreux déplacements. Les ports de charge se limitaient aux poubelles et au bidon d'eau pour le nettoyage, qu'elle devait remplir et poser dans le chariot.

L'évolution depuis son accident avait été marquée par des douleurs persistantes à la cheville gauche, qui était enflée en permanence. Elle avait actuellement des douleurs à la marche et lorsqu'elle passait d'une station assise prolongée à une station debout. Les douleurs devenaient plus fortes à la marche prolongée et à la marche rapide. Lorsque le temps changeait, cela lui « tapait » dans la cheville. Parfois, elle boitait en raison des douleurs. À la marche, sa cheville se bloquait. Elle ne pouvait pas dérouler normalement le pied et donc, à la marche, elle posait toujours son pied à plat. La mobilité était encore légèrement réduite. Son pied craquait à la flexion. Elle était actuellement toujours en arrêt de travail à 100 %.

S'agissant de sa situation familiale, elle avait trois enfants à charge et vivait en couple avec le père de ses enfants, qui travaillait à 100 %.

13. Dans une note sur consultation du 16 août 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'un arthroscanner du pied avait été réalisé le 4 juillet 2017, mettant en évidence une chondropathie avec défaut cartilagineux.
14. Le 30 octobre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), indiquant souffrir d'une lésion ostéocondrale du dôme talien interne à gauche.
15. Dans un questionnaire pour l'employeur adressé le 8 novembre 2017 à l'OAI, l'entreprise K_____, qui employait l'assurée pour son activité de concierge, a indiqué que celle-ci continuait de faire son travail car elle habitait sur place et le faisait à son rythme. Les tâches quotidiennes étaient légères et elle pouvait gérer elle-même son temps de travail et ses pauses. Elle n'avait ainsi pas été en arrêt de travail.
16. Le 7 décembre 2017, l'assurée a subi une arthroscopie de la cheville gauche avec débridement de lésion chondrale antéro-médiale et micro-fracture aux HUG.
17. À teneur de la lettre de sortie du 14 décembre 2017, l'intervention s'était déroulée sans complication ; les suites opératoires étaient favorables. L'assurée était en arrêt à 100 % jusqu'au prochain contrôle, prévu six semaines plus tard.
18. Dans un rapport du 18 janvier 2018, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a retenu que selon les médecins de l'assurée, l'activité habituelle pourrait

être envisagée après traitement. Elle connaissait actuellement une limitation à la marche. L'assurée avait été reçue dans le cadre de l'intervention précoce. Des indications lui avaient été données sur le fonctionnement de l'assurance-invalidité.

Actuellement, elle était souvent à son domicile à la suite de son opération. La convalescence allait prendre du temps. Elle n'avait pas d'arrêt de travail dans son activité de concierge, effectuée à son rythme. L'arrêt de travail concernait son activité de nettoyeuse, en raison des contraintes qu'étaient la marche et les escaliers.

Son taux d'activité était de 37,5 % en tant que concierge, et de 25 % en tant que nettoyeuse (10 heures par semaine).

19. Dans un questionnaire pour l'employeur adressé le 6 février 2018 à l'OAI, F_____ a décrit les tâches qu'effectuait l'assurée, à savoir enlever les poubelles, nettoyer la poussière, nettoyer les toilettes et laver les sols. L'activité de l'entreprise étant physique, il paraissait difficile de lui trouver un travail.
20. Le 15 février 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée que selon les investigations effectuées, aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
21. Dans un rapport du 30 juin 2018, le docteur L_____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, a noté une évolution actuellement défavorable. L'assurée souffrait toujours de la cheville, avec des douleurs constantes (elle prenait des anti-inflammatoires trois fois par jour) et une boiterie. Il ne notait pas d'instabilité.
22. Le 2 juillet 2018, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'arrêt de travail était justifié encore trois mois au vu de la lésion. Une enquête serait opportune pour voir l'évolution et les doléances de l'assurée, et un changement d'activité professionnelle pourrait être nécessaire.
23. Dans un rapport intermédiaire du 23 juillet 2018, la Dresse I_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis avril 2018. Il avait connu une discrète amélioration après l'intervention. La capacité de travail était de 0 % dans ses postes de travail de concierge et nettoyeuse. Un retour au travail serait envisageable selon l'évolution.
24. Par courrier du 4 mars 2019 adressé à la Dresse I_____, le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que le scanner mettait en évidence une lésion ostéochondrale du dôme médial qui avait visiblement été perforé et se drainait spontanément en surface. L'assurée avait des douleurs qui s'exprimaient lors de la marche rapide et lors du port de charges, quotidiennement. Elle n'avait pas de douleurs à la marche lente ou lors du piétinement. Il estimait qu'une nouvelle intervention chirurgicale

était inopportune, les reprises chirurgicales souffrant d'une imprédictibilité farouche, certains patients allant moins bien, d'autres mieux. Il n'y avait aucun facteur prédictif positif ; l'obésité était davantage en faveur d'un résultat moins satisfaisant.

25. Dans un rapport du 11 juin 2019, la Dresse I_____ a noté que l'état était stationnaire et le diagnostic inchangé. L'assurée avait pu reprendre son travail de concierge, mais pas encore celui de nettoyeuse.
26. Par courrier du 14 juin 2019, F_____ a licencié l'assurée à l'issue de la période de protection de 720 jours, avec effet au 31 août 2019.
27. Dans le rapport d'examen final du 30 octobre 2019, le Dr M_____ a retenu que le cas était stabilisé.

L'assurée avait repris son activité de concierge dans l'immeuble dans lequel elle résidait, au rythme de trois heures par jour, cinq jours par semaine. Elle indiquait que la reprise de l'activité de ménage était difficile car le rythme de travail était élevé, ce qui provoquait des douleurs.

Une incapacité de travail dans une activité nécessitant des déplacements et des piétinements répétés était justifiée. Sur le plan de l'exigibilité, dans une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, tout en permettant quelques déplacements brefs inférieurs à 1 km, avec ponctuellement le port d'une charge de 5 kg, sans limitation au niveau des membres supérieurs et du rachis, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière sans baisse de rendement.

L'assurée avait indiqué ne pas souhaiter travailler à ce rythme pendant une journée entière car elle voulait s'occuper de ses enfants.

28. Par courrier du 4 novembre 2019, la SUVA a signifié à l'assurée qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Elle mettait ainsi fin au paiement des soins médicaux, hormis deux consultations médicales de contrôle par année, ainsi que les éventuels médicaments antalgiques nécessaires.

Une indemnité journalière était encore allouée à l'assurée jusqu'au 31 décembre 2019, sur la base d'une incapacité de travail de 100 %.

Par ailleurs, l'assurée avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de CHF 11'856.-, correspondant à une atteinte à l'intégrité de 8 %.

29. Dans une note sur statut du 5 novembre 2019, l'OAI a retenu que l'assurée avait un statut mixte, avec une répartition 60,75 % active, et 39,25 % ménagère. D'après les informations versées au dossier, elle exerçait depuis 2014 une activité de nettoyeuse à raison de 10 heures hebdomadaires sur un total de 43 heures et de concierge à raison de 15 heures hebdomadaires sur un total de 40 heures hebdomadaires.

-
30. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assurée le 5 novembre 2019.

Il avait pris en compte pour fixer le revenu avec invalidité l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après l'ESS) 2016, tableau TA1 - tirage_skill_level, ligne Total, soit CHF 4'363.- par mois, correspondant à CHF 4'548.- en tenant compte de la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures). Cela correspondait à un salaire annualisé de CHF 54'581.-, soit de CHF 54'783.- en l'indexant à 2018 (année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité). Après un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles (les autres critères habituellement admis ne permettant pas une réduction plus importante), le revenu avec invalidité à 100 % s'élevait à CHF 49'540.-.

Le revenu annuel brut sans invalidité réactualisé s'élevant à CHF 30'313.- en 2018 (au taux de 60,75 %), le degré d'invalidité était de 0 %.

31. Le même jour, l'OAI a calculé le taux d'invalidité de l'assurée selon la méthode mixte : le revenu sans invalidité était de CHF 30'313.30 pour un taux d'activité de 60,75 %, et de CHF 49'898.44 à 100 %. Le revenu exigible avec invalidité était de CHF 49'540.- à 100 % et de CHF 30'095.55 à 60,75 %. La perte de gain dans la sphère professionnelle s'élevait à 0,72 % selon l'ancien et le nouveau calcul. Dans les travaux habituels, l'invalidité était de 0 %.

L'invalidité totale était de 0,44 %, selon l'ancien et le nouveau calcul.

32. Par projet de décision du 6 novembre 2019, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il rejetait sa demande de rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient en outre pas indiquées, car elles ne seraient pas simples et de nature à réduire le dommage.

33. Le 3 décembre 2019, l'assurée, représentée par son conseil, s'est opposée au projet de décision précité.

L'OAI aurait dû organiser un stage d'observation-orientation afin de déterminer concrètement quelles activités correspondaient à ses limitations et aux rendements attendus. En effet, au vu de ses limitations (elle ne savait ni lire, ni écrire), sa capacité d'adaptation et d'acquisition de connaissances théoriques était faible et difficilement exploitable.

Lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne pouvait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. On ne pouvait donc pas parler d'une activité exigible lorsqu'elle ne pouvait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existait pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice supposait de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semblait exclu de trouver un emploi correspondant.

Le rapport de la SUVA n'indiquait pas concrètement quel type de travail correspondait à une activité adaptée à un taux de 100 %. De même, la division de réadaptation de l'OAI ne semblait pas avoir été consultée.

Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, on devait admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations de l'assurée n'apparaissaient pas prima facie suffisantes pour qu'elle puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative.

34. Par décision du 18 décembre 2019, l'OAI a signifié à l'assurée sa décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

Le statut d'assurée retenu était celui d'une personne se consacrant à 60,75 % à son activité professionnelle et, pour les 39,25 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait à l'assurée une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de nettoyeuse depuis le 28 septembre 2016. Dans son activité habituelle de concierge il n'y avait pas d'incapacité de travail. Dans une activité strictement adaptée et respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 100 %, sans baisse de rendement depuis le 28 septembre 2016 (hormis une incapacité de travail non durable inférieure à trois mois depuis décembre 2017).

L'OAI estimait qu'une enquête économique à domicile visant à déterminer les empêchements subis dans les travaux habituels n'était pas opportune. Dans la part ménagère, il n'y avait pas d'empêchements dès le 28 septembre 2016, en raison d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 49'898.40, et le revenu avec invalidité à CHF 49'540.00. La perte de gain dans la sphère professionnelle s'élevait donc à 0,72 %.

Le degré d'invalidité, tenant compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels, s'élevait à 0,44 %, arrondi à 0 %.

Un taux inférieur à 40 % n'ouvrait pas de droit à la rente. Il n'existait par ailleurs aucun droit au reclassement, le manque à gagner durable étant inférieur à 20 %.

L'assurée étant en mesure d'exercer son activité de conciergerie, des mesures d'ordre professionnel paraissaient superflues.

35. Par acte du 3 février 2020, l'assurée a formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision prenant en compte des mesures d'ordre professionnel et lui attribuant une rente d'invalidité.

Depuis son accident, elle n'avait plus pu travailler pour l'entreprise F_____, le travail étant trop dur au vu de l'état de son pied (port de charges, nettoyage d'escaliers, attente de rendement des employeurs, etc). Elle avait néanmoins

continué ses activités de concierge pour l'immeuble dans lequel elle était domiciliée, le fait d'habiter dans l'immeuble lui permettant de répartir ses trois heures de travail au fil de la journée. Par ailleurs, elle était aidée par son mari et ses enfants pour les tâches particulièrement physiques.

Elle reprenait pour l'essentiel les arguments contenus dans son opposition au projet de décision de l'intimé : ce dernier ne pouvait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes lors de l'examen de la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, les possibilités d'un emploi adapté n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'elle puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative. En effet, il était aujourd'hui impossible de trouver un emploi qualifié pour une personne ne sachant ni lire, ni écrire, dans lequel des déplacements et des ports de charge n'étaient pas attendus. Une évaluation de ses capacités réelles était nécessaire, avec l'attribution de mesures d'ordre professionnel. Ce n'est qu'alors qu'une rente d'assurance invalidité adéquate pourrait être fixée, la recourante étant incapable de réaliser à 100 % un travail correspondant à ses capacités intellectuelles.

36. L'intimé a répondu au recours le 3 mars 2020, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise.

Il s'était enquis auprès de la SUVA des suites financières envisagées par elle, et avait appris que par décision du 30 janvier 2020, la SUVA avait refusé le droit à une rente dans la mesure où la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité légère exercée dans différents secteurs de l'économie, réalisée essentiellement en position assise tout en permettant quelques déplacements. Il en découlait que la recourante ne subissait aucune perte de revenu par rapport à l'activité précédemment exercée dans le nettoyage.

S'agissant des mesures d'ordre professionnel, la recourante ne remplissait pas les conditions pour pouvoir en bénéficier. Tout d'abord, ne sachant ni lire, ni écrire, un reclassement n'entraînait pas en considération. En outre, et contrairement à ce que soutenait la recourante, celle-ci ne souffrait pas de nombreuses limitations fonctionnelles. Par conséquent, nombre d'activités professionnelles étaient encore envisageables sans que des mesures d'orientation ne soient nécessaires.

37. La recourante a répliqué le 11 juin 2020, persistant dans les termes de son recours.

L'intimé indiquait qu'elle pourrait déployer une activité professionnelle principalement assise, avec quelques déplacements. Or, il n'était pas contestable que les activités qu'elle avait déployées jusqu'à présent (conciergerie et nettoyage) ne correspondaient pas à ces critères. Les activités simples qu'elle pourrait envisager seraient par exemple celles de caissière, d'employée de bureau, ou de manutentionnaire, fixe ou en atelier. Or, toutes ces activités requéraient de savoir au moins lire, et probablement même d'écrire.

En indiquant que la recourante ne pouvait pas bénéficier de mesures d'accompagnement car elle ne savait ni lire, ni écrire, l'OAI la condamnait à s'adresser à l'aide sociale alors qu'elle pourrait bénéficier, à coûts modestes pour la collectivité, de mesures d'accompagnement lui permettant d'acquérir la lecture de base, et des outils afin de trouver un travail non qualifié pour encore vingt-cinq années (elle n'avait que 38 ans). Sans cela, elle était condamnée à se rendre à l'Hospice général dès cette année. Il convenait donc de statuer en tenant compte des éléments sociaux et d'équité, en sus des arguments figurant dans son recours.

38. 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).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 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 de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.
5. 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 1^{er} janvier 2008).
6. 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). 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).

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

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.

b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

d. 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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, ATF122 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, 122 V 157 consid. 1d).

11. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3).

Une modification de l'art. 27^{bis} al. 2 et 3 RAI est entrée en force le 1^{er} janvier 2018. La nouvelle teneur de cette disposition est applicable au cas d'espèce, la demande de prestations ayant été déposée le 30 octobre 2017, et le droit à la rente ne pouvant prendre naissance, au plus tôt, que six mois plus tard, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit en avril 2018.

Selon la nouvelle teneur de cette disposition, 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).

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).

12. 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).

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

b. La mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est toutefois pas imposée par le droit fédéral (arrêt I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 3c in VSI 2001 p. 155). Il n'y a pas lieu de procéder à un acte administratif qu'une appréciation anticipée des preuves désigne clairement comme inutile (9C_103/2010 2 du septembre 2010).

13. a. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

b. 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).

c. Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

d. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75

consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

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

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). 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).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

14. En l'espèce, la recourante a été victime d'un accident le 28 septembre 2016, durant lequel elle s'est blessé la cheville gauche. L'évolution étant défavorable, les investigations médicales ont mis en évidence une lésion du dôme de l'astragale.

La recourante a continué à exercer son activité de concierge à la suite de son accident, mais elle n'a pas pu reprendre son activité de nettoyeuse dans des bureaux, celle-ci étant plus intense.

À l'issue de l'instruction médicale, menée principalement par l'assurance-accidents, l'intimé a reconnu à la recourante une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de concierge, et une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de nettoyeuse. Dans une activité strictement adaptée et respectant les limitations fonctionnelles de la recourante, l'intimé a considéré qu'elle avait une capacité de travail de 100 %, sans baisse de rendement.

Par ailleurs, l'intimé a retenu que la recourante se consacrait à 60,75 % à son activité professionnelle, et à 39,25 % à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Il s'est fondé sur les tables statistiques pour déterminer le salaire avec invalidité, plus précisément sur le tableau TA1, ligne Total, pour une femme dans une activité de niveau 1.

Concernant la sphère ménagère, l'intimé a considéré qu'il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre une enquête à domicile car il n'y avait pas d'empêchements dans la tenue du ménage dès le 28 septembre 2016, en raison d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

En procédant à la comparaison des revenus, l'intimé a retenu une perte de gain de 0,44 %, arrondi à 0, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.

15. a. Dans son recours, la recourante ne conteste pas l'appréciation médicale de son cas par l'intimé, ne fournissant par ailleurs aucun nouveau rapport d'un médecin qui contredirait la conclusion de l'intimé selon laquelle elle aurait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À cet égard, il sied de relever que la Dresse I_____, médecin traitante de la recourante, s'est certes prononcée dans son rapport du 23 juillet 2018 en faveur d'une incapacité de travail totale dans ses activités de nettoyeuse et de concierge, mais ce rapport, très succinct, ne contient aucune motivation et est contredit par les faits. La recourante a en effet très rapidement repris son activité de concierge après son accident. De surcroît, dans son dernier rapport du 11 juin 2019, la Dresse I_____ a relevé qu'elle avait effectivement repris la conciergerie.

La recourante ne conteste ni le statut mixte qui a été retenu par l'intimé, ni la répartition à 60,75 % active à et 39,25 % ménagère, qui correspond au demeurant à son pourcentage d'activité professionnelle avant l'atteinte à la santé et peut donc être confirmée.

b. La recourante soutient cependant qu'au vu de son absence de formation (elle ne sait ni lire, ni écrire), de sa faible capacité d'adaptation et d'acquisition de connaissances théoriques, l'intimé ne pouvait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes.

Les limitations fonctionnelles figurant au dossier, non contestées par la recourante, sont les suivantes : l'activité professionnelle doit être réalisée essentiellement en position assise, tout en permettant quelques déplacements brefs inférieurs à 1 km, avec ponctuellement le port d'une charge de 5 kg, sans limitation au niveau des membres supérieurs et du rachis.

Se fondant sur les limitations fonctionnelles retenues, l'intimé a estimé que la recourante avait une capacité de travail entière dans une activité de niveau 1 (activités simples et répétitives).

Aucun élément du dossier ne permet de douter du bien-fondé de ces conclusions. La recourante n'a d'ailleurs pas soutenu, lors de l'introduction de son recours, qu'elle serait incapable d'exercer un métier respectant les contre-indications précitées, lesquelles consistent pour l'essentiel en de simples mesures d'épargne, et non en « d'importantes limitations », comme elle l'invoque. Elle soutient par contre que les possibilités d'un emploi adapté à ses limitations ne seraient pas suffisantes pour qu'elle puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative.

À l'instar des conclusions de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 précité, il convient de retenir que s'il eût été certainement judicieux que l'intimé donne à la recourante, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'elle peut encore exercer, il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif est adapté aux limitations de la recourante et accessible sans aucune formation particulière. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à la recourante de retrouver un emploi. Partant, l'intimé n'a pas violé l'art. 16 LPGa en retenant que la recourante avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, et en se référant aux données salariales publiées par l'OFS, singulièrement au salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, étant encore précisé qu'il a procédé à un abattement de 10 % sur les salaires statistiques pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante.

c. S'agissant enfin du revenu sans invalidité, il correspond aux derniers salaires que percevait la recourante, de sorte qu'il doit également être confirmé.

d. Il convient à présent d'examiner le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Ce dernier a procédé à une comparaison entre le revenu avec et sans invalidité du recourant en les extrapolant tous deux à 100 %, et il est ainsi parvenu à une perte de gain de 0,72 %, arrondi à 0 %. Ce calcul est toutefois erroné, dès lors

qu'il n'avait pas à prendre en considération, pour fixer le revenu avec invalidité, le salaire ESS à 100%, mais seulement à 60,75 %, soit le taux d'activité de la recourante dans son activité habituelle avant l'atteinte à la santé. Selon le nouveau calcul qui doit être effectué depuis janvier 2018 pour fixer le taux d'invalidité dans le cadre d'un statut mixte, c'est uniquement le revenu sans invalidité qui doit être pris en compte à 100% et non le revenu sans invalidité (art. 27bis al. 3 let. a RAI). Il en résulte une perte de gain de 39,68 % dans la sphère professionnelle, qui doit être pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait la recourante si elle n'était pas invalide, soit 60,75 %. Le taux d'invalidité de la recourante dans la sphère professionnelle s'élève donc à 24,11 %, et non à 0,72 %. Additionné à une invalidité de 0 % dans les travaux habituels, le taux d'invalidité total s'élève donc à 24,11 %. Ce taux est cependant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

16. Reste à examiner la conclusion de la recourante tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.2 et les références).

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

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 130 V 488 consid. 2 et les références).

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) ; à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c in VSI 2003 p. 274; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2).

b. En l'occurrence, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflue lorsque, comme en l'espèce, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif est, à l'évidence, adaptée aux limitations de la recourante et accessible sans aucune formation particulière. Il n'existe donc guère d'obstacles pour celle-ci à l'exercice d'un emploi adapté à son état de santé (cf. arrêts du Tribunal fédéral

9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3 ; 9C_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.5).

Au vu du taux d'invalidité de 24,11 % de la recourante, une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI est envisageable. Une telle mesure ne se justifie toutefois pas, dès lors que la recourante, qui ne possède pas de formation, exerçait avant son invalidité l'activité de nettoyeuse, et que les activités simples et répétitives qu'elle est dorénavant à même d'exercer ne nécessitent pas de formation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2 ; ATAS/432/2018 du 23 mai 2018 consid. 15e).

La recourante n'a pas non plus le droit à une mesure d'aide au placement, puisqu'elle ne présente pas de limitations fonctionnelles (cécité, mutisme, mobilité limitée, troubles de comportement) qui l'entraveraient dans sa recherche de travail.

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la recourante sera condamnée 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 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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