RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/484/2020 **ATAS/301/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mars 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1968, est arrivée en Suisse en 1991 (à l'âge de 22 ans). Elle a suivi l'école jusqu'à 9 ans au Portugal et n'a pas de formation. Après son arrivée en Suisse en 1991, elle a travaillé dans un pressing durant cinq ans puis pour la B_____ jusqu'en 2000. Après la suppression de son poste à la B_____, elle s'est consacrée à ses deux enfants durant quinze ans. Elle a été engagée en 2015 en tant que gouvernante à plein temps. Le contrat de travail prévoyait un salaire mensuel net de CHF 3'000.-, versé douze fois l'an. Le salaire annuel brut était fixé à CHF 42'240.- et le net à CHF 34'305.-. Selon son extrait de compte individuel AVS, son revenu net a été de CHF 9'600.- pour les mois de janvier à mars 2015 et de CHF 28'687.- d'avril au 31 décembre 2015, soit un revenu net de CHF 38'287.-. L'assurée a été inscrite à l'assurance-chômage entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2017 et a reçu CHF 24'781.- relatif à neuf mois indemnisés. Elle a reçu un certificat d'assistante de vie auprès de personnes âgées fin 2016. Son médecin a retenu une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès le 16 février 2017. L'assurée a néanmoins réalisé un revenu durant trois mois en 2017, puis a repris une activité à mi-temps du 29 janvier 2018 au 30 septembre 2019 pour un salaire total net de CHF 11'387.-, respectivement brut de CHF 12'272.-.

2. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 25 mai 2017. Elle était en incapacité de travail depuis 16 février 2017 et souffrait de métatarsalgies sur équin gastrocnémien à gauche depuis juin 2016 ainsi que d'une hernie discale lombaire et d'une hernie discale cervicale depuis 2011. Elle était suivie par son médecin de famille, la doctoresse C_____, depuis le 1er janvier 2000 et un spécialiste FMH en neurochirurgie, le docteur D_____, depuis le 1er janvier 2014. Elle percevait, en 2015, un salaire mensuel brut de CHF 3'520.-.

3. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations d'invalidité, ont été obtenus divers rapports médicaux dont, notamment, :

    a. celui du docteur E_____du 31 mai 2017 attestant d'une évolution favorable des métatarsalgies de l'assurée après une opération de chirurgie élective du 16 février 2017. Le travail pouvait être repris à 100 % s'agissant du pied. L'assurée était cependant en incapacité en raison d'une hernie.

    b. Un rapport de la Dresse C_____ qui retenait, en 2017, que l'assurée présentait une hernie discale D11-D12 avec myélopathie depuis 2011, un état anxio-dépressif chronique de longue date, des métatarsalgies à gauche depuis début 2015, un syndrome douloureux chronique de longue date, des céphalées chroniques et migraines à répétition ainsi que des douleurs abdominales persistantes après abdominoplastie et transposition ombilicale début 2016. Ces pathologies avaient un impact sur la capacité de travail de l'assurée. Une aggravation des douleurs dorsales était constatée depuis le

mois de mai 2017. Une intervention de décompression du canal thoracique par laminectomie était prévue pour le 25 août 2017 et la situation serait alors réévaluée.

c. un rapport subséquent de la Dresse C_____ qui estimait, le 21 mars 2018, que l'assurée était en incapacité de travail de 50 % dès le 2 février 2018, dans son activité habituelle, à cause de la fatigabilité.

d. un rapport du Dr D_____ du 20 mars 2018 dans lequel ce dernier estimait que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis la chirurgie de 2017.

e. un rapport de la doctoresse F_____, chirurgienne orthopédique, selon laquelle l'assurée n'était pas en incapacité de travail en mars 2018.

f. et un avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 4 décembre 2018, selon lequel l'assurée était en incapacité totale dès le 16 février 2017 en raison d'un atteinte rachidienne et d'un syndrome douloureux chronique avec anxiété sans suivi psychiatrique spécialisé.

4. Une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie) a été mise en œuvre à la demande de l'OAI. Les experts (Dr G_____, Dr H_____, Dr I_____et Dr J_____) ont pris en compte l'intégralité des pièces médicales au dossier de l'assurée ainsi qu'une IRM apportée par l'assurée (IRM de mai 2019) et des informations nouvelles concernant des interventions sur le canal carpien à droite et à gauche (début 2019 et prévue pour octobre 2019). L'assurée avait indiqué ne pas avoir repris le travail depuis septembre 2017, se sentir totalement incapable de travailler et pouvant que modestement faire des tâches ménagères aux côtés de son fils et de son époux qui s'en chargeaient dans une large partie.

   Les diagnostics retenus étaient de l'ordre du status après spondylodèse D11-D12 pour compression médullaire (G95.2) après hernie discale D11-D12, sans signe objectif de myélopathie, status après cure du tunnel carpien et syndrome du tunnel carpien à gauche avec opération programmée (G56.0), des céphalées chroniques quotidiennes (céphalée de tension G44.2), gonarthrose débutant au genou gauche, en présence d'un hiatus important entre la diffusion, l'intensité des plaintes et leur progression en dépit d'une prise en charge thérapeutique pour le moins lourde, le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.5) et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) sans caractère incapacitant.

   Les lombalgies persistantes étaient responsables de limitations fonctionnelles (interdiction de toutes activités lourdes, difficultés d'accroupissement en charge et l'impossibilité de faire des activités d'antéflexion du rachis ou de porter des charges) l'empêchant de reprendre une activité de femme de ménage mais non pas celle de garde d'enfants, pour laquelle les limitations précitées n'interféraient probablement pas. Dans une activité adaptée respectant les limitations et sans grand trajet au vu de l'arthrose débutante, la capacité de travail était entière. La pathologie psychiatrique n'était pas d'une gravité telle qu'elle pouvait influencer la capacité de

travail et lui laissait les ressources suffisantes pour s'adapter à de nombreuses activités.

Les limitations sont jugées extrêmement modeste chez l'assurée qui a bien collaboré lors des investigations physiques. Le syndrome douloureux ne trouve aucune explication neurologique en l'absence de signe de myélopathie et de syndrome radiculaire, selon le neurologue, de sorte que ce dernier constate que l'assurée ne présente aucune limitation d'un point de vue neurologique.

5. Un projet de décision a été adressé à l'assurée par l'OAI le 29 octobre 2019. Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire, l'OAI a retenu qu'il était établi à l'issue de l'instruction médicale que l'assurée avait été en incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle dès le 16 février 2017 et jusqu'au 2 février 2018, en incapacité de 50 % du 3 février 2018 au 31 juillet 2018 puis à nouveau de 100 % dès le 1er août 2018. En revanche, dans une activité adaptée, son état de santé lui aurait permis de travailler à 100 % dès le 1er février 2018. À l'aide d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a constaté que l'assurée ne souffrait pas d'un manque à gagner. Elle n'avait dès lors ni droit à une rente ni à des mesures de reclassement ou d'aide au placement. L'OAI a retenu un revenu sans invalidité de CHF 46'544.- (revenu perçu en 2015 selon la demande de prestations de l'assurée, CHF 3'520.-, multiplié par treize mois = CHF 45'760.- et réactualisé) et un revenu avec invalidité de CHF 49'540.- selon l'ESS 2016, tableau TA1_tirage_skill_level, activité de niveau 1, avec réduction de 10 %. Il ne retenait dès lors pas d'invalidité.

6. Par courrier du 13 novembre 2019, le médecin traitant de l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise dans la mesure où sa patiente était totalement incapable de travailler en raison de sa myélopathie sur hernie discale D11-D12 et qu'aucune activité adaptée n'était envisageable, de sorte qu'elle devait avoir droit à une pleine rente d'invalidité.

7. L'assurée s'est opposée, par acte du 29 novembre 2019, au projet de décision par lequel l'OAI lui niait tout droit à des prestations, dans la mesure où il n'existait pas d'activité adaptée à ses limitations. Elle sollicitait une pleine rente.

8. Par décision du 2 janvier 2020, après avoir soumis le cas et les motifs de l'opposition au SMR, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des prestations, confirmant ainsi son projet de décision du 29 octobre 2019.

9. Le 5 février 2020, l'assurée a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 2 janvier 2020, à ce que la chambre de céans constate qu'elle était en incapacité de travail de 100 % dès le 16 février 2017 et dise qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité dès le mois de février 2017 et à des mesures de reclassement. Elle contestait toute capacité de travail, aucune activité n'était adaptée à ses limitations, et le calcul de salaire avant invalidité qu'elle chiffrait à CHF 38'287.- en 2015 et à CHF 24'780.- en 2016, soit

en-deçà des statistiques ESS, ainsi que la prise en compte des revenus 2015 alors que l'invalidité avait débuté en février 2017. Le revenu annualisé de 2016 était, selon ses propres calculs, de CHF 33'041.33 (indemnités de chômage annualisées), de sorte qu'il était inférieur aux salaires statistiques ESS de 33.30 % ([49'540 – 33'041.33] x 100 / 49'540.-). Le coefficient de différence était de 28.30 % (après déduction de la marge de 5 %) et le revenu avec invalidité de CHF 23'690.65 (=[33'041.33 x (100 – 28.30/100]), ce qui conduisait à retenir un taux d'invalidité de 52.18 % ([25'849.35 x 100]/49'540 = 52.18 %). Elle sollicitait à titre subsidiaire des mesures professionnelles.

10. Dans son mémoire de réponse du 4 mars 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à sa décision.

11. Par pli du 5 juin 2020, la recourante a, à nouveau, contesté le montant du revenu sans invalidité retenu par l'intimé.

12. Le 17 juin 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

13. Par acte du 6 juillet 2020, la recourante a contesté avoir perçu un 13ème salaire.

14. Le 20 juillet 2020, l'intimé a, derechef, indiqué persister dans ses conclusions.

15. Le 9 février 2021, la recourante a adressé son certificat de salaire 2015 à la chambre de céans.

16. Par pli du 12 mars 2021, la recourante a indiqué que la décision attaquée n'aurait pas dû être prise en fonction d'une activité lucrative précédemment exercée mais sur la base d'un statut mixte. Elle ne travaillait pas au moment de l'invalidité et aurait été ménagère en l'absence de l'invalidité.

17. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant devant la chambre de céans le 1er janvier 2021, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Sont en particulier litigieux l'évaluation de la capacité de la recourante à exercer une activité adaptée et le calcul du degré d'invalidité.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

8. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

9. Pour déterminer le statut de l'assuré et la méthode d'évaluation de l'invalidité qui en découle, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2 p. 338 et les références).

10. 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 16 LPGA).

11. 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).

12. 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).

13. 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).

14. Dans un récent arrêt (9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 4.1), le Tribunal fédéral a rappelé que lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes (arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1 ; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les arrêts cités ; cf. aussi arrêts 8C_728/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.1 et 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2). Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 et les références).

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

16. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

17. S'agissant des limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités

légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

18. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 - laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) - il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 ; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10 % dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en termes de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

19. S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du

Tribunal fédéral 9C_200/2017du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1).

20. Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15 % se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

21. Une déduction maximale ne se justifie que lorsque plusieurs des éléments retenus par la jurisprudence se trouvent réunis chez un assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.3).

22. Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010, op. cit., consid. 3.4).

23. 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 de l'assurance-invalidité 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).

24. 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).

25. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

26. 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. 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).

27. 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).

28. 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).

29. En l'occurrence, l'intimé a retenu un statut d'actif lorsqu'il a instruit et statué sur la demande de prestations de la recourante. Celle-ci avait en effet repris une activité à plein temps durant l'année 2015 puis s'était inscrite au chômage en vue de retrouver un emploi à plein temps. Lors de la survenance de l'invalidité, elle était ainsi en recherche d'emploi et n'avait pas le statut de ménagère. En l'absence d'atteinte à la santé, la recourante aurait dès lors travaillé à 100 %.

    C'est dès lors à juste titre que l'intimé a retenu le statut d'actif.

    La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle prétend à un statut de ménagère dans un dernier courrier adressé à la chambre de céans, alors que son statut d'actif à plein temps a été retenu par l'intimé dès le début de l'instruction sur la base de ses propres déclarations et qu'elle a fait valoir son droit à une rente de l'assurance-invalidité sur la base de ce statut et des revenus qui en auraient résulté sans invalidité devant l'OAI puis devant la chambre de céans.

30. La recourante conteste pouvoir exercer une activité adaptée et prétend à une demi-rente d'invalidité.

    La décision attaquée est principalement fondée, s'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, sur une expertise pluridisciplinaire réalisée à la suite de l'opposition de la recourante au projet de refus de l'intimé.

    Ce travail d'expertise traite de tous les points litigieux importants et a fait l'objet d'études fouillées et de conclusions consensuelles de quatre experts. Le rapport se fonde sur l'examen complet des éléments médicaux au dossier - dont la majorité ont été établis par des médecins ayant traité la recourante pour diverses affections - et sur les constats personnels des experts. Ces derniers ont pris en considération les plaintes exprimées par la recourante, lesquelles n'étaient pas toutes objectivées. Ce rapport pluridisciplinaire a été établi en pleine connaissance du dossier, par des spécialistes propres à se déterminer sur les différentes plaintes et pathologies de la recourante. Il comporte des résumés des avis médicaux recueillis durant l'instruction et des anamnèses complètes ainsi que des conclusions claires et bien motivées. Si cette expertise a été contestée par le médecin traitant de la recourante qui estime qu'il n'existe pas d'activité adaptée aux limitations de sa patiente, l'on ne constate pas de divergences importantes de diagnostic ou dans les limitations retenues, à l'exception des signes de myélopathie qui n'ont pas été observés par

l'expert neurologue. Compte tenu du fait que le médecin traitant n'est pas neurologue, le diagnostic du spécialiste paraît plus convaincant pour ce qui est des signes cliniques de myélopathie. Le médecin traitant ne relève pas des éléments qui auraient été ignorés par les experts et ne met pas en évidence d'éléments cliniques ou diagnostiques concrets et objectifs susceptibles de mettre en cause les conclusions des experts. Ce praticien se contente de nier toute existence d'activité adaptée à sa patiente. Son appréciation, qui va dans l'intérêt de sa patiente, ne trouve pas de confirmation dans d'autres avis médicaux au dossier. Le médecin traitant ne soulève en fin de compte pas de motifs susceptibles d'établir le caractère arbitraire de l'appréciation des quatre experts. Au contraire, les opinions motivées et consensuelles de ces experts sont convaincantes.

En conséquence, l'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

31. L'expertise pluridisciplinaire retenant que l'assurée était à même d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et disposait ainsi d'une pleine capacité de travail, l'intimé a retenu dans la décision attaquée qu'il était exigible de la recourante qu'elle exerce une activité simple et répétitive adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps et s'est référé à l'ESS 2016, relatif aux activités de niveau 1, pour une femme soit le tableau TA1_tirage_skill_level.

    Dans la mesure où l'activité adaptée visée correspond à une activité simple et répétitive, adaptée aux limitations constatées par les experts et qui ne nécessite pas de formation, la référence au tableau TA1 est pertinente.

    Pour tenir compte des limitations de la recourante, l'intimé a en outre procédé à un abattement de 10 % sur le revenu d'invalide.

    Vu que la recourante a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations, soit une activité simple et ne nécessitant pas de formation particulière, l'abattement retenu apparaît tenir compte, adéquatement, des limitations fonctionnelles de la recourante. Il n'y a pas lieu d'envisager un abattement plus important dans la mesure où l'âge de la recourante (50 ans lors de la survenance de l'invalidité) ou son absence de formation ne font pas obstacle à la reprise d'une activité adaptée telle que visée par la décision attaquée.

    Il ne se justifie pas de modifier le taux d'abattement.

    Compte tenu du salaire avec invalidité retenu et de l'abattement de 10 %, l'intimé est parvenu à la conclusion que le taux d'invalidité était nul après comparaison de ce dernier revenu avec le revenu sans invalidité.

32. La recourante conteste cependant le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, en alléguant que ce montant ne tient pas compte du fait que son revenu était très nettement inférieur au revenu moyen selon les statistiques sur la structure des salaires.

    Il convient dès lors de déterminer le taux d'invalidité et d'établir le revenu sans invalidité pertinent.

L'on rappellera que le revenu avec invalidité fixé par l'intimé à CHF 49'540.- n'est pas contesté. Il ne prête pas flanc à la critique puisqu'il est fondé sur la statistique ESS 2016, TA1, tous secteurs confondus [total], niveau 1, femme, après réduction de 10 % et tient adéquatement compte des limitations fonctionnelles de la recourante, le revenu sans invalidité est contesté. Les statistiques ESS 2016, tableau TA1_tirage_skill_level, pour une activité de niveau 1, pour une femme et un emploi d'une durée hebdomadaire de 41h07, chiffre le salaire annuel à CHF 54'581.-. Ce montant était pertinent lors de la survenance de l'invalidité de la recourante, ce que cette dernière ne conteste pas.

Quant au salaire sans invalidité, les informations économiques figurant au dossier, en particulier le contrat de travail et les déclarations de la recourante qui indiquait un salaire mensuel brut de CHF 3'520.- en 2015 ainsi que l'addition des revenus nets figurant dans les comptes individuels, permettent d'établir le revenu concrètement perçu en 2015, soit un montant brut de CHF 42'240.-.

Il ne se justifie pas de retenir le montant de CHF 46'544.- retenu par l'intimé dans la décision attaquée, ce montant prenant en compte de manière inexacte un treizième salaire qui n'est établi par aucune pièce du dossier.

Il ne se justifie pas davantage de tenir compte du salaire net allégué par la recourante en se référant à la même année 2015 (CHF 38'287.-) ni d'ailleurs du montant des indemnités de chômage perçues entre 2016 et 2017 et de les annualiser comme l'a fait la recourante, puisqu'il ne s'agissait pas de son dernier salaire pertinent mais respectivement d'un salaire net et non du brut puis d'un salaire de remplacement versé par la caisse de chômage, par définition inférieur au salaire précédemment reçu.

Le revenu pertinent de CHF 42'240.-, tel qu'établi ci-dessus, est inférieur de 22.62 % au salaire statistique précité de CHF 54'581.-.

Il en résulte qu'à l'issue de la parallélisation des revenus à comparer, jusqu'à concurrence de la part qui excède le taux minimal déterminant de 5 %, soit 17,62 % (22.62 – 5), le revenu sans invalidité déterminant est de CHF 49'682.65 (soit 42'240 + [17.62 % x 42'240]).

Le revenu avec invalidité et après abattement étant de CHF 49'540.-, la perte de salaire sur l'année est de CHF 142.65.

Il résulte de ce qui précède que le taux d'invalidité de la recourante est nul.

Il en irait de même si la chambre de céans, pour déterminer le taux d'invalidité, se fondait sur les statistiques salariales - et non sur le salaire perçu en 2015 par la recourante - dans la mesure où, lors de la survenance de l'invalidité (février 2017), la recourante n'était plus employée mais au chômage et ce depuis le 1er janvier 2016.

Dans ce cas, la comparaison entre le revenu sans invalidité fondé sur les statistiques de la structure des salaires pertinentes (CHF 54'581.-) et le revenu avec invalidité -

après l'abattement de 10 % (CHF 49'540.-) - conduirait la chambre de céans à constater que le taux d'invalidité est de 10 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations d'invalidité (rente ou mesure).

La décision attaquée est dès lors fondée.

33. Le recours sera rejeté.

34. La recourante qui n'obtient pas gain de cause ne peut prétendre à des dépens.

35. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante.

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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