

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/203/2019

ATAS/921/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 octobre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au LIGNON

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, d'origine portugaise, au bénéfice d'un permis C, a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 1^{er} décembre 2004, en indiquant être femme au foyer et être atteinte d'un cancer du sein depuis trois à quatre mois. Elle demandait en particulier des moyens auxiliaires (perruque).
2. Par décision du 9 décembre 2004, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a octroyé à l'assurée CHF 1'500.- par année civile pour des perruques ou cheveux postiches.
3. Le 8 juillet 2005, l'assurée a demandé à l'OAI une aide financière, car elle était dans l'incapacité de travailler et sans revenu.
4. Le 12 juillet 2005, l'OAI a demandé à l'assurée de préciser sa demande.
5. Le 23 avril 2007, l'assurée a répondu à l'OAI qu'elle demandait des prestations d'assurance-invalidité et en particulier une rente. Elle précisait avoir été opérée d'un cancer du sein le 6 octobre 2004 et faire depuis lors l'objet d'un traitement très éprouvant. Elle avait dû être réopérée le 8 novembre 2006 à l'utérus à la suite d'une réaction à son traitement pour le cancer du sein. Elle avait actuellement des problèmes d'arthrose au dos et aux bras ainsi que des bouffées de chaleur. Elle avait également souvent mal au bras droit, côté où elle avait été opérée. Elle dormait mal la nuit et était très fatiguée.
6. L'assurée a indiqué dans un questionnaire servant à déterminer le statut, le 3 juin 2007, qu'en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative en plus de la tenue de son ménage, plus particulièrement l'activité de repasseuse à 100%, en raison d'un besoin financier et ce, depuis 1985. Elle n'avait pas entrepris de démarches pour reprendre une activité lucrative, son état de santé ne le permettant pas. Elle avait un enfant, étudiant, qui était domicilié chez elle. Elle avait travaillé à plein temps de 1984 à 1994.
7. Le 10 décembre 2007, l'OAI a relevé que l'assurée n'avait pas cotisé à l'AVS en 1984 et 1985, mais seulement dès 1986. De ses cotisations, il ne pouvait pas déduire si le salaire qu'elle avait reçu de 1990 à 1997 correspondait à un plein temps. Il lui demandait la copie de ses contrats de travail pour ces années-là. De plus, il avait constaté que la dernière activité exercée en 2002 était à temps partiel et correspondait à un remplacement de vacances. Entre 1997 et 2003, elle n'avait pas exercé d'activité lucrative. Or, son atteinte à la santé remontait à 2004. Au vu de ce qui précédait, il lui était difficile d'admettre qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% depuis 1985 à moins qu'elle en apporte la preuve.
8. Par projet de décision du 7 février 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'elle n'avait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au terme de l'instruction de sa demande. Selon les documents médicaux obtenus, l'atteinte invalidante était un problème oncologique et les dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et

état dépressif réactionnel n'avaient aucune répercussion sur sa capacité de travail. Le SMR avait relevé que l'opération remontait à 2004 et que selon son médecin gynécologue, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

9. Le 13 mars 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision.
10. Le 6 décembre 2016, l'assurée a requis de l'OAI des moyens auxiliaires (perruque).
11. Le 1^{er} février 2017, l'OAI a accédé à sa demande.
12. Le 28 février 2017, l'assurée a demandé des moyens auxiliaires à l'OAI (exo-prothèses, soutien-gorge adaptés pour le port d'une prothèse).
13. Le 3 mars 2017, l'OAI a pris en charge les coûts d'exo-prothèses du sein d'un côté pour un montant de CHF 498.-.
14. Par demande du 3 avril 2017, l'assurée a demandé à l'OAI des mesures professionnelles/rente, indiquant travailler comme secrétaire à 100% dès le 1^{er} septembre 2016 pour B _____ Sàrl, à Vernier, pour un salaire mensuel brut de CHF 3'800.-. Elle était toujours en traitement suite à son cancer.
15. Le 19 avril 2017, l'employeuse de l'assurée a indiqué que les rapports de travail avec celle-ci avaient commencé le 1^{er} septembre 2016 et que le contrat de travail n'avait pas été résilié. Le dernier jour de travail effectif était le 26 octobre 2016 et l'activité celle de secrétaire. L'employée n'avait pas repris son activité. Le temps de travail dans l'entreprise était de 40 heures par semaine, 8 heures par jour. L'assurée était payée CHF 3'800.- par mois dès le 1^{er} septembre 2016. Elle touchait des indemnités journalières maladie d'Helsana assurances SA.
16. Selon un rapport établi le 2 juin 2017 par la doctoresse C _____, du département de gynécologie et obstétrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), l'assurée était malade depuis septembre 2016, avec une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 0% et une aptitude à la réadaptation dès le 1^{er} septembre 2017. Ses limitations fonctionnelles étaient des effets de la chimiothérapie, de la radiothérapie et de l'hormonothérapie. La cause de l'incapacité de travail était une maladie, soit un carcinome canalaire invasif du sein droit (septembre 2016). L'assurée avait été suivie par le service du 24 novembre 2016 au 9 mai 2017 et avait été en incapacité totale de travail du 28 octobre 2016 au 31 août 2017 (a priori), Elle souffrait de fatigue et de douleurs multiples. L'activité exercée était encore exigible, à distance, à 100%. L'assurée était en cours de traitement avec des effets de la seconde chimiothérapie (réaction cutanée érythémateuse et prurigineuse aux mains et au visage). Une reprise du travail serait envisageable en septembre 2017, possiblement avec un retour initial à 50%, puis par la suite à 100%. Il n'y avait pas de restriction à long terme. On pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle à 50% dès septembre 2017.
17. Selon un rapport d'évaluation d'intervention précoce, l'assurée a déclaré, le 27 juin 2017, être arrivée en Suisse en 1985 et avoir été femme au foyer et employée de repassage et de nettoyage, avant d'intégrer l'entreprise familiale B _____, où elle

s'occupait de la correspondance, des salaires des employés et des commandes des clients. Elle avait fait seize séances de chimiothérapie et vingt de radiothérapie. Son bras droit était toujours gonflé. Son moral était bon, car elle était très bien entourée par sa famille et ses médecins, avec un suivi en psychothérapie aux HUG. Elle pensait pouvoir revenir progressivement à son activité habituelle de secrétaire auprès de son dernier employeur. Une mesure « Entrelac » lui avait été proposée, mais l'assurée pensait ne pas en avoir besoin. Un accompagnement était prévu pour une reprise professionnelle progressive et éventuellement une adaptation ergonomique de la place de travail.

18. Selon un rapport de clôture d'intervention précoce, des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées. L'assurée avait un suivi psychologique aux HUG et son état de santé n'était pas stabilisé. Elle avait terminé la radiothérapie à fin septembre 2017 et avait commencé l'hormonothérapie ainsi que le drainage pour le bras droit, avec le port d'un manchon pour décompresser le gonflement du bras. Un rendez-vous chirurgical pour la reconstruction était prévu pour janvier 2018. Elle travaillait comme secrétaire pour une entreprise familiale. Selon son oncologue, une reprise dans son activité habituelle était envisageable à terme.
19. Par communication du 13 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée avoir examiné son droit à des mesures de réadaptation. Selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé. Un droit à la rente ne pouvait naître qu'après un délai d'attente d'une année et, au plus tôt, six mois après le dépôt de sa demande. Elle recevrait à cet égard une décision séparée.
20. Selon un rapport établi le 20 juillet 2017 par le service de radio-oncologie des HUG, l'assurée avait été traitée du 19 juin au 11 juillet 2017 par une radiothérapie à visée curative. Le traitement avait été bien toléré. En fin de traitement, une radiodermite de grade I au niveau axillaire gauche avait été constatée et il était préconisé l'application d'Exipial durant la durée du traitement. Elle devrait poursuivre sa radiothérapie adjuvante à Berne, où elle avait rendez-vous pour discuter d'une ré-irradiation en condition d'hyperthermie au niveau de la paroi thoracique et de la chaîne mammaire interne droite. Elle poursuivrait également le suivi auprès du service d'onco-gynécologie.
21. Selon un rapport rédigé par la Dresse C_____ le 15 février 2018, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré avec une discrète diminution de l'œdème du membre supérieur droit. Il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. L'assurée était en incapacité de travail à 100% liée à un lymphoedème important au bras droit. Il faudrait réévaluer la situation à la suite d'un traitement de physiothérapie (drainage lymphatique). Les limitations étaient un inconfort douloureux au bras droit altérant la fonctionnalité. La capacité de travail était de 0% dans le poste d'employée de bureau et de 100% dans une activité adaptée qui n'utilisait pas le bras droit de manière trop intense. La compliance était optimale. Aucune prise en charge psychiatrique n'avait été proposée. Un retour au travail devrait être évalué au prochain contrôle prévu, le 20 avril 2018. Un examen médical complémentaire

serait nécessaire pour déterminer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail en cas de persistance de la tuméfaction du bras droit liée au lymphoedème, en avril 2018.

22. Selon un rapport établi par la doctoresse D_____, médecin interne, au centre du sein de la maternité des HUG, le 15 juin 2018, l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. Ces derniers avaient une influence sur la capacité de travail en raison d'une asthénie post radiothérapie et chimiothérapie et d'un lymphoedème au bras droit ainsi qu'une nouvelle polyneuropathie à la main gauche. La capacité de travail était de 0% dans le poste de travail occupé préalablement. Une reprise du travail n'était pas possible avant plusieurs mois.
23. Selon un rapport établi par la Dresse D_____ le 5 juillet 2018, l'état de santé de l'assurée était stable. Un retour au travail n'était pas envisageable avant quelques mois. La capacité de travail était toujours de 0%.
24. À teneur d'un rapport établi le 10 septembre 2018 par le docteur E_____, médecin SMR, l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis le début de la mise en route de l'hormonothérapie. En conséquence, la reprise de travail était possible dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du bras droit depuis septembre 2017 à 100%.
25. Par projet de décision du 14 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'elle rejetait sa demande de prestations. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle de secrétaire dès le 27 octobre 2016 et de 50% dès septembre 2017. Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100% dès le mois de septembre 2017. Il ressortait de la comparaison des gains effectuée par l'OAI que sa perte de gain s'élevait à 0% (revenu sans invalidité : CHF 45'000.- – revenu avec invalidité : CHF 46'511.-). Concernant le revenu avec invalidité, au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, il s'avérait qu'un nombre significatif de ces activités était adapté à ses empêchements, de sorte que l'intervention de l'OAI n'était pas nécessaire. Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas de droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente et un taux inférieur à 20% n'ouvrait pas de droit à un reclassement professionnel.
26. À teneur d'une note de détermination du degré d'invalidité, l'OAI a pris en compte un statut d'actif et a fixé le revenu avec invalidité en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, tableau TA (TA1_tirage_skill_level) pour une femme exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne : total, dans une activité de niveau 1, soit CHF 4'300.-. Il a pris en compte la durée normale hebdomadaire de travail, soit 41,7 heures (CHF 4'483.-), soit CHF 53'793.- annuellement et CHF 54'719.- indexés à 2017, avec une réduction supplémentaire

de 15% en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge. En conséquence le revenu avec invalidité était de CHF 46'511.-. Le revenu annuel brut avec invalidité s'élevait, en 2016, à CHF 45'600.-, soit CHF 45'768.- réactualisé à 2017. Le degré d'invalidité était en conséquence de 0%. Le revenu sans invalidité avait été fixé sur la base du questionnaire pour l'employeur.

27. Le 26 septembre 2018, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Elle faisait valoir que son état de santé se dégradait qu'à ce jour, qu'elle n'avait pratiquement plus de mobilité dans son bras droit qui avait doublé de volume et qu'elle avait également de gros problèmes au niveau des articulations. De plus, le 4 octobre suivant, elle devrait encore subir une opération.
28. Le 5 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée que le fardeau de la preuve lui incombait. Elle devait apporter des éléments complémentaires au projet de décision, par exemple un rapport médical circonstancié.
29. Le 23 octobre 2018, l'assurée a indiqué avoir subi une deuxième intervention, qui lui avait malheureusement laissé de graves séquelles, au point qu'elle n'arrivait plus à porter ne serait-ce une bouteille d'eau, car ses bras étaient gonflés et qu'elle n'avait plus de force. Elle était dans l'incapacité de faire quoi que ce soit, même marcher un peu la fatiguait. Au niveau des articulations, la souffrance était telle qu'elle ne pouvait l'expliquer. Elle était tout le temps fatiguée et dormait pratiquement toute la journée en prenant les médicaments qui la soulageaient un peu, mais la détruisaient physiquement et mentalement. Devoir se justifier sans cesse et trouver des arguments devenait lassant, car durant toutes ses années passées en Suisse, elle n'avait jamais demandé d'aide à aucun organisme et s'était toujours débrouillée. Si la vie lui avait laissé le choix, elle aurait préféré être en bonne santé et pouvoir travailler.

L'assurée a produit un avis de sortie établi le 10 octobre 2018 par le docteur F_____, médecin interne, du service de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, dont il ressort que l'assurée a été hospitalisée pour une reconstruction mammaire du 4 au 10 octobre 2018.

30. Le 14 décembre 2018, le Dr E_____ a estimé que le nouveau document produit par l'assurée ne faisait pas mention de complications post opératoires. Par conséquent, ce rapport ne modifiait pas l'évaluation de l'état de santé de l'assurée. Il fallait donc s'en tenir aux conclusions médicales précédentes.
31. Par décision du 17 décembre 2018, l'OAI a confirmé sa décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles.
32. L'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée le 17 janvier 2019. Elle faisait toujours valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré et que l'OAI avait les rapports détaillés de ses médecins. Elle se demandait ce qu'il fallait de plus pour qu'il entre en matière.

33. Par réponse du 12 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à la décision attaquée. Dans son acte de recours, la recourante semblait contester la capacité de travail retenue par l'OAI. Elle n'alléguait toutefois aucun fait précis susceptible de remettre en cause la décision attaquée et ne produisait pas de document médical à l'appui de son recours. Elle n'avait ainsi pas amené d'éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'OAI, tant sur le plan médical que sur le calcul du taux d'invalidité.
34. Le 13 février 2019, l'assurée a transmis à l'OAI des nouvelles pièces en lui demandant de prendre en considération qu'elle était toujours en traitement pour encore plusieurs mois, vu son état de santé.

Elle a ainsi produit :

- un certificat médical établi par la Dresse D_____ le 8 janvier 2019 attestant d'un arrêt de travail pour maladie à 100% du 1^{er} au 31 janvier 2019 ;
- une prescription de physiothérapie pour un drainage lymphatique établi le 15 janvier 2019 par le docteur G_____, chef de clinique ;
- un avis de sortie établi par le Dr F_____ le 10 octobre 2018 indiquant que l'assurée avait été hospitalisée du 4 au 10 octobre 2018 pour une reconstruction mammaire ;
- un certificat médical établi par la Dresse D_____ le 3 décembre 2018 attestant d'un arrêt de travail pour maladie à 100% du 1^{er} au 31 décembre 2018 ;
- un certificat médical établi le 4 février 2019 par la Dresse D_____ attestant d'un arrêt de travail pour maladie à 100% du 1^{er} au 28 février 2019 ;

35. Le 1^{er} mars 2019, la recourante a encore produit :

- un formulaire intitulé « informations médicales nécessaires au traitement de la demande à remplir avec l'assistance d'un médecin », rempli par la Dresse D_____ le 21 février 2019, indiquant que l'assurée était actuellement arrêtée à 100%, à réévaluer. L'assurée serait capable de reprendre son activité professionnelle et ses activités habituelles à temps partiel dans quelques mois. Les mesures thérapeutiques envisagées étaient une hormonothérapie et un drainage lymphatique. L'assurée avait été en arrêt de travail pour des raisons de santé depuis septembre 2016. Le diagnostic était un carcinome mammaire droit récidivant. La première consultation avait eu lieu en septembre 2016. L'assurée avait eu une chimio-radiothérapie qui était terminée et une hormonothérapie était en cours ;
- un certificat médical établi le 21 février 2019 par la Dresse D_____ attestant d'un arrêt pour maladie à 100% du 1^{er} au 31 mars 2019.

36. Lors d'une audience du 25 septembre 2019, la recourante a déclaré : « Je me sens toujours très fatiguée. J'ai mal aux articulations, aux pieds, genoux, mains, toutes les articulations. Il y a des jours où je dors très mal la nuit. C'est à cause des

médicaments. Mon bras droit me tire et gonfle, mais le bras gauche, ça va. Mon médecin m'a dit que c'était très long à récupérer à cause de mon bras droit. C'est à cause du cancer que j'ai eu que mon bras droit gonfle et que j'ai dû prendre les médicaments qui ont un effet négatif sur ma santé. Je dois les prendre pendant cinq ans et je les ai déjà pris depuis 3 ans. Mes problèmes de santé ont commencé en 2004. J'ai eu un cancer du sein cette année-là. Je n'ai pas obtenu de prestations de l'OAI en 2008. Mon cancer est revenu, en 2016, au même endroit. J'ai eu une mastectomie. Je travaillais alors depuis 2015 dans l'entreprise de mon mari que j'aidais un petit peu pour le courrier et le nettoyage. C'était une activité à temps plein. Depuis 2016, je n'ai plus pu travailler en raison du traitement.

S'agissant du rapport de la Dresse C_____ du 15 février 2018, je confirme que mon état de santé s'est amélioré avec une diminution de l'œdème du bras droit. Depuis la situation est restée stable. De temps en temps, je fais un drainage lymphatique, ce qui m'aide un peu, mais pas beaucoup. Le problème, c'est la fatigue. Le matin, je suis très fatiguée. Il y a des jours où ça va mieux. La journée, je fais un peu de bricolage dans la maison et je me promène tous les jours avec mon chien. Les promenades m'aident beaucoup. J'utilise mon bras droit pour faire des petites choses, mais pas trop, car sinon j'ai mal. Le problème est que je suis droitrière et je ne suis pas habile avec le bras gauche. J'essaie, mais je ne peux pas faire grand-chose. Je n'ai pas de problèmes pour marcher. Je peux marcher pendant une heure. Quand je réchauffe mon corps, cela va mieux. Je passe un peu l'aspirateur, je passe la poussière et je fais à manger. J'ai quelqu'un qui vient faire le repassage. Je n'y arrive pas, cela me fatigue trop. J'ai un enfant qui ne vit pas avec nous. Il est âgé de 35 ans. Il vient de temps en temps à la maison.

Je ne fais rien d'autre à la maison. Je lis un peu et regarde un peu la télévision. Quand je suis fatiguée, je me couche sans dormir. Depuis que j'ai eu le cancer, j'ai de la peine à dormir, la nuit aussi. Je prends de temps en temps des médicaments pour dormir. On a beaucoup d'amis qu'on voit régulièrement et on sort aussi. On va manger au restaurant ou chez des amis. Je n'ai pas d'autre hobby.

Mon fils a deux enfants, de 6 et 11 ans, qui sont très gentils. Ils sont grands déjà. Ils viennent parfois à la maison. C'est mon mari qui s'en occupe. Je l'aide un peu. Mon mari m'aide à faire à manger et à mettre la table. De manière générale, mon mari m'aide beaucoup. Il m'accompagne tout le temps.

Quand je ne me sens pas bien, je fais de la physio. Je ne le fais pas de manière régulière. Je vais environ une fois par mois chez le physio pour le bras. Je ne supporte pas le manchon, mais parfois je suis obligée de le mettre, car ça me tire le bras et cela me fait mal. Avec le manchon, la douleur est moins forte. Il y a toujours une douleur. Je prends des médicaments pour la douleur quand j'ai mal. Ce n'est pas tous les jours. J'en prends une à deux fois par semaine. Quand je les prends, la douleur diminue. Mon médecin m'a dit de ne pas les prendre tout le temps.

À cause du médicament pour le cancer, que je prends tous les jours, j'ai des fourmillements à la main gauche.

Le mois prochain, j'ai une consultation pour faire une retouche au sein, le 21 octobre 2019. J'ai une opération reconstructive en octobre 2018. Je suis restée une semaine à l'hôpital. Mon état de santé n'a pas changé après coup. Il était comme avant l'opération. Il n'y a pas eu de complications suite à l'opération.

J'ai été suivie par la Dresse D _____ à la maternité des HUG, puis par la Dresse C _____ et maintenant c'est encore un autre médecin. Les médecins changent tous les six mois. Mon médecin actuel s'appelle H _____.

Ma situation n'a pas changé en février 2019. Ma situation est stable depuis l'opération du 28 octobre 2016 (mastectomie).

Je ne me sens pas capable de travailler à l'heure actuelle à plus de 50%. Je ne peux pas vous dire depuis quand. On verra après la prochaine opération du 21 octobre.

J'ai fait seize séances de chimiothérapie de 2016 jusqu'à mai 2017. Ensuite, j'ai eu des rayons, dix à Genève et cinq fois à Berne. J'ai arrêté le 20 septembre 2017. Cela m'a brûlé sur le haut du bras droit et la partie droite du haut du corps. Actuellement, je continue uniquement les médicaments. Je ne souhaite à personne de vivre ce que j'ai vécu. Heureusement, ici on est bien suivi.

Tant que j'ai le traitement médicamenteux pour le cancer, je ne pense pas pouvoir travailler, surtout à 100%, à cause de ses effets sur ma santé. J'espère que cela ira mieux après. »

L'époux de la recourante a déclaré : « Je tiens à dire que l'assurance nous a obligés de demander les prestations de l'OAI. Nous ne voulons pas de rente. Ce qu'on veut c'est que l'état de santé de mon épouse s'améliore. Depuis que nous sommes en Suisse, nous n'avons pas touché un sou de l'État. Ma femme ne pouvait pas reprendre le travail car elle était tout le temps à l'hôpital pour des examens ».

37. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Le 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, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimé.
4. 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 1^{er} janvier 2008).
5. 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 et art. 28a al. 1 LAI).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
8. 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).
9. En l'espèce, l'intimé a rendu son projet de décision du 14 septembre 2018 et la décision querellée en se fondant principalement sur un avis établi par le Dr E_____, du SMR, le 10 septembre 2018, qui retenait que la recourante pouvait reprendre un travail adapté à ses limitations fonctionnelles d'épargne du bras droit depuis septembre 2017 à 100%, sur la base des rapports établis le 2 juin 2017 par la Dresse C_____ et le 5 juillet 2018 par la Dresse D_____.

Dans son rapport du 2 juin 2017, la Dresse C_____ retenait une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de 0% et considérait qu'on pouvait s'attendre à la

reprise d'une activité professionnelle à 50% dès septembre 2017. Dans son rapport du 5 juillet 2018, la Dresse D_____ indiquait que l'état de santé de l'assurée était toujours stable, qu'un retour au travail n'était pas envisageable avant quelques mois et que sa capacité de travail était toujours de 0%.

Sur la base des rapports médicaux précités, le Dr E_____ ne pouvait pas retenir une capacité de travail de la recourante de 100% dans une activité adaptée dès le mois de septembre 2017, étant relevé qu'il a pris cette conclusion sur la base du dossier de la recourante, sans examiner ni entendre cette dernière et que son rapport est peu motivé et n'explique pas pour quels motifs il s'éloignait de l'appréciation des médecins traitants de la recourante. Le rapport du SMR ne répond ainsi pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

La décision querellée étant fondée sur des conclusions du SMR non convaincantes, elle doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire afin de déterminer clairement la capacité de travail de la recourante, en particulier dans une activité adaptée.

10. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante, qui n'est pas assistée d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).
11. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (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. L'admet.
3. Annule la décision rendue le 17 décembre 2018 par l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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