RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3590/2021 **ATAS/719/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2022

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERNIER recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1974, est arrivée en Suisse en octobre 1999, en provenance du Kosovo. Elle est divorcée et mère de trois filles nées, respectivement, en 2000, en 2001 et en 2006. Elle a exercé une activité lucrative d'ouvrière opératrice en horlogerie, à 100 %, de janvier 2004 jusqu'à l'année 2006, puis de 2010 à 2012 auprès de l'employeur B_____ SA, à Vernier. Dans l'intervalle, elle a également été accompagnante de personnes âgées, de 2008 à 2009, auprès de la C_____.

b. En date du 10 juillet 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en mentionnant comme troubles de la santé un problème au tendon du coude droit, ajoutant qu'au fur et à mesure du temps, elle avait commencé à avoir mal au bras jusqu'à ne plus pouvoir le tendre ou le bouger, le début de l'atteinte étant estimé au mois d'avril 2019. Selon l'assurée, les douleurs étaient apparues au fil du temps, pendant l'exercice de son activité professionnelle. Elle indiquait comme médecin traitant le docteur D_____, médecin généraliste.

c. Sur interpellation de l'OAI, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport médical daté du 5 août 2020, mentionnant comme status détaillé des douleurs au coude droit, depuis 2019, en péjoration progressive. Les infiltrations et les médicaments n'avaient pas eu d'effet. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était une épicondylite droite. S'agissant du traitement, le médecin mentionnait une intervention qui avait eu lieu le 26 mai 2020, soit une cure d'épicondylite. Il émettait un bon pronostic suite à l'intervention, avec une évolution jugée comme favorable, une bonne amélioration des douleurs et la présence d'une légère raideur postopératoire. Le début de l'évolution favorable était fixé au 23 mars 2020. S'agissant des restrictions fonctionnelles qui découlaient de l'atteinte, le médecin mentionnait une limitation de la mobilité du coude due à la raideur postopératoire -20° en extension. Dans les domaines courants de la vie, ménage, loisirs, activités sociales, le médecin indiquait comme répercussions de l'atteinte à la santé des difficultés avec charges répétées sur extenseurs poignet et coude. Selon lui, l'assurée était en mesure de reprendre son activité professionnelle habituelle à 50 % pour l'instant, c'est-à-dire dès le 17 août 2020, et à 100 % probablement, dans les trois mois après l'opération. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le médecin estimait que la capacité de travail de l'assurée serait de 100 %, dès six semaines après l'opération. Le compte rendu de l'opération du 26 mai 2020 indiquait que les suites d'opération avaient été simples et que l'assurée devait se présenter à la consultation du médecin à six semaines postopératoire.

d. Dans son rapport d'évaluation du 28 septembre 2020, l'OAI a mentionné que l'assurée souffrait d'une épicondylite opérée en mai 2020, que son incapacité de

travail était à 100 % depuis le 27 janvier 2020 et que, selon l'avis des médecins, l'incapacité de travail était à 50 % dès le 17 août 2020, puis sa capacité de travail était à 100 % en postopératoire. Il était encore mentionné que l'assurée avait été reçue dans le cadre d'un entretien d'intervention précoce et qu'elle avait déclaré avoir recommencé à travailler à 50 % puis avait été licenciée. Selon l'assurée, la poursuite de l'incapacité de travail était en lien avec sa dépression ; elle était très fatiguée et n'était pas prête actuellement à suivre des mesures. Elle disait être suivie pour un traitement psychiatrique auprès du Dr D_____.

e. Par rapport médical du 9 octobre 2020, le Dr D_____ a indiqué qu'il suivait l'assurée et qu'il l'avait vue, pour la dernière fois, le 31 août 2020. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était de 50 %, du 17 août au 17 septembre 2020. La situation médicale était : le suivi de la chirurgie du coude ainsi que des troubles psychiatriques, à savoir dépression et anxiété, dont l'intensité était variable, mais en aggravation. Il indiquait que l'état psychique instable de l'assurée nécessitait un suivi psychiatrique qui était en cours et posait un diagnostic de trouble anxieux dépressif F 41.2, ayant une incidence sur sa capacité de travail. Selon le médecin, l'assurée avait été licenciée en date du 27 juillet 2020. S'agissant d'une éventuelle réadaptation, il estimait que l'état psychiatrique était un des facteurs qui faisait obstacle à une telle réadaptation.

f. Par courrier du 3 novembre 2020, le docteur F_____, psychiatre et psychothérapeute, a confirmé à l'OAI que l'assurée présentait une péjoration thymique depuis le mois de juin – juillet 2020, en lien avec un licenciement effectif le 27 juin 2020. Il posait un diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée F 43.21 mais mentionnait que l'assurée conservait une capacité hédonique, elle aimait la marche dans la nature et faire la cuisine et avait deux amies, qu'elle rencontrait une fois par semaine et y prenait plaisir. Selon le psychiatre, il n'y avait pas de diagnostics incapacitants et la capacité de travail était pleine sur le plan psychiatrique. Le suivi avait débuté en date du 16 septembre 2020 avec une révision le 30 octobre 2020, et le médecin observait une évolution favorable, car l'assurée disait avoir un meilleur moral, moins de ruminations et un appétit mieux contrôlé. Le psychiatre notait également une bonne observance thérapeutique.

g. Lors d'un nouvel entretien avec l'assurée, en date du 4 décembre 2020, le gestionnaire du service réadaptation de l'OAI a noté qu'il avait informé l'assurée de la situation actuelle de son dossier et de l'exigibilité signifiée par ses médecins, ce à quoi l'assurée avait indiqué qu'elle allait probablement s'inscrire à l'assurance-chômage. Le même jour, le gestionnaire a rendu un rapport de clôture de réadaptation professionnelle.

h. Par rapport final du 10 décembre 2020, le Dr E_____ a confirmé à l'OAI qu'il n'y avait plus de suivi de l'assurée depuis le mois de juillet 2020, que le traitement conservateur après l'opération s'était avéré insatisfaisant et que six semaines après l'opération, il subsistait une légère raideur dans le coude droit ; il

mentionnait également que l'assurée était en mesure de reprendre une activité professionnelle une fois que sa mobilité serait enfin récupérée.

i. Interpellé par l'OAI, B_____ SA a informé ce dernier, par formulaire du 2 décembre 2020, que le licenciement de l'assurée était dû à la crise sanitaire et qu'il s'agissait donc d'un licenciement économique. L'activité de l'assurée était celle d'ouvrière travaillant huit heures par jour et quarante heures par semaine. Elle avait été absente pour cause de maladie, depuis le 24 janvier 2020 jusqu'à ce jour, avec une incapacité de travail de 100 %.

j. Dans son rapport du 8 juin 2021, le docteur G_____, pour le service médical régional de l'OAI, a conclu qu'il n'y avait aucune raison médicale pour s'écarter des conclusions des médecins traitants de l'assurée soit, sur le plan somatique, le Dr E_____ pour l'épicondylite du coude droit, et sur le plan psychique, le Dr F_____ pour l'épisode dépressif réactionnel. Il fallait donc considérer que la capacité de travail de l'assurée était définitivement nulle dans l'ancienne activité, depuis le 27 janvier 2020, mais que dans une activité plus adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du coude droit, la capacité de travail était pleine depuis, au moins, le mois de juillet 2020.

B. **a.** Par projet de décision du 26 juillet 2021, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité. Le statut d'assurée retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il était reconnu une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, dès le 27 janvier 2020, mais la capacité de travail, dans une activité adaptée à l'état de santé, était entière, dès le 1er juillet 2020. S'agissant de la comparaison des revenus permettant d'aboutir à la détermination du degré d'invalidité, le salaire sans invalidité avait été calculé pour aboutir à un montant de CHF 49'086.- et le salaire avec invalidité avait été évalué selon les ESS 2018, tableau 1, tirage skill level, pour une femme, avec une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, ce qui aboutissait, pour l'année 2021, à un montant annuel de CHF 55'722.- après indexation. Après un abattement de 10 %, le revenu annuel brut avec invalidité était fixé à CHF 50'150.- ce qui, comparé au revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de CHF 49'086.-, aboutissait à un degré d'invalidité de 0 %.

b. Par courrier du 10 septembre 2021, l'avocate de l'assurée s'est opposée au projet de décision et a demandé la communication de l'intégralité du dossier.

c. Par courrier du 23 septembre 2021, l'avocate a informé l'OAI qu'après lecture du dossier, sa mandante ne faisait pas valoir d'observations à ce stade et qu'elle-même cessait d'occuper.

d. Par décision du 28 septembre 2021, l'OAI a écarté l'opposition de l'assurée et confirmé le refus de rente d'invalidité, selon la motivation déjà communiquée dans le cadre du projet de décision.

C. **a.** Par courrier du 11 octobre 2021 adressé à l'OAI, l'assurée s'est référée au refus de sa demande de rente d'invalidité et a indiqué qu'elle n'était plus en capacité de

travailler, sauf peut-être dans un « environnement calme qui ne nécessitait pas une grande capacité physique », par exemple « l'accompagnement de personnes âgées ou en situation de handicap » comme elle le faisait auparavant.

b. L'OAI a transmis le courrier de l'assurée à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), comme objet de sa compétence.

c. Par réponse du 2 novembre 2021, l'OAI a considéré qu'il n'y avait aucun fait précis susceptible de remettre en cause la décision querellée et qu'aucun document médical n'avait été produit à l'appui du recours, pas plus qu'un élément susceptible de remettre en cause les conclusions de l'office, tant sur le plan médical, que sur le calcul du taux d'invalidité. Dès lors, l'intimé concluait au rejet du recours.

d. Par courrier de la chambre de céans du 4 novembre 2021, la recourante a été invitée à répliquer.

e. En l'absence de réaction, un nouveau délai lui a été accordé, en date du 8 décembre 2021, pour répliquer au plus tard le 4 janvier 2022.

f. La recourante ne s'étant pas manifestée, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la

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

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

4. 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.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI de refus d'octroyer à l'assurée une rente 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).

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. 28 al. 2 LAI).

7.

7.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

7.2 Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

8.

8.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

8.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

8.3 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).

8.4 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références).

8.5 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).

8.6 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

8.7 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 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).

10. 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 (Cst. - RS 101 ; 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; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11.

11.1 En l'espèce, les troubles de nature somatique sont documentés par les pièces au dossier, notamment par les rapports du Dr E_____, dont celui du 10 décembre 2020 qui confirme que l'assurée n'est plus suivie depuis le mois de juillet 2020 et que six semaines après l'opération, il subsistait une légère raideur dans le coude droit.

S'agissant des troubles de nature psychique, le Dr F_____ a confirmé l'existence d'un trouble de l'adaptation et d'une réaction dépressive prolongée suite à l'annonce du licenciement de l'assurée. Dans son courrier du 3 novembre 2021, le psychiatre traitant a toutefois observé une évolution favorable et l'absence de diagnostic incapacitant ce qui entraînait, selon lui, une capacité de travail pleine sur le plan psychiatrique.

L'assurée n'a pas produit d'autres pièces médicales pouvant contredire les appréciations de ses médecins traitants.

11.2 De son côté, le SMR, après avoir apprécié les rapports médicaux des médecins traitants, a considéré, dans son rapport du 8 juin 2021, que la capacité de travail de l'assurée était définitivement nulle, dans l'ancienne activité, depuis le 27 janvier 2021, mais que dans une activité plus adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du coude droit, la capacité de travail était pleine depuis, au moins, le mois de juillet 2020.

Au vu des documents produits par les parties, qui ne présentent aucune contradiction, la chambre de céans considère que le rapport du SMR a une valeur probante et qu'il ne subsiste aucun doute, même faible, quant à la fiabilité et la pertinence de son appréciation.

Il convient également de noter que la recourante ne conteste pas sa capacité de travail dans une activité adaptée puisqu'elle déclare, dans son recours, vouloir travailler dans un environnement calme et qui ne nécessite pas une grande capacité physique, donnant pour exemple le fait d'accompagner des personnes âgées en situation de handicap comme elle le faisait auparavant. Or, une telle

déclaration est parfaitement compatible avec l'exercice d'une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles.

11.3 S'agissant de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, elle n'est pas remise en question par la recourante et ne prête pas le flanc à la critique. La décision rendue par l'OAI en date du 28 septembre 2021 sera donc confirmée.

12. 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. 1bis 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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