

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1970, originaire de Roumanie, mariée, entrée en Suisse le 30 octobre 2013, au bénéfice d'une autorisation de séjour B, titulaire d'un bachelor en socio-psychologie-pédagogie de l'université de Pitesti, en Roumanie, a exercé une activité d'ouvrière, d'auxiliaire de gériatrie, de garde d'enfant et d'animatrice en Espagne, puis d'aide-soignante dans le canton de Genève. Elle a perçu depuis le 25 août 2016 des indemnités journalières de l'assurance-chômage.
2. Le 21 janvier 2017, l'assurée s'est blessée au poignet droit suite à une chute alors qu'elle patinait (fracture EDR extrémité distale du radius droit, opérée le 24 janvier 2017). L'accident a été déclaré à la Caisse nationale d'assurances suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), qui a pris le cas en charge.
3. Le 25 mai 2017, l'assurée a chuté à vélo et s'est blessée au coude et au métacarpe gauches. La SUVA a pris le cas en charge.
4. Le 29 mai 2017, le médecin d'arrondissement de la SUVA a constaté une évolution satisfaisante, avec néanmoins une difficulté pour fermer le poing, une limitation de la supination et une diminution de la force de serrage. La capacité de travail était de 50 % dès le 19 juin 2017, admis par la SUVA dans une décision du 20 juin 2017 et une décision sur opposition du 3 août 2017.
5. Un rapport de consultation du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 16 janvier 2018, fait état de douleurs au niveau de l'épaule droite, évoluant depuis octobre 2017 et de diagnostic de capsulite rétractile dans le cadre d'un syndrome épaule-main dans les suites de la fracture du poignet de janvier 2017.
6. L'assurée a séjourné à la CRR du 20 février au 28 mars 2018. Le rapport du 9 avril 2018 mentionne un diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques du membre supérieur droit et des diagnostics supplémentaires de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit (syndrome épaule-main), discrets signes de neuropathie du nerf médian au canal carpien (ENMG du 27 février 2018). Fracture de l'extrémité distale du radius droit (AO C1) le 21 janvier 2017. La situation n'était pas stabilisée. L'affection à l'épaule avait été prise en charge par la SUVA.
7. Le 8 juin 2018, le Département de chirurgie des HUG a attesté de possibles douleurs résiduelles à terme ; dès stabilisation des symptômes, un travail était possible sans port de charge répété supérieur à 5 - 10 kg, sans activité nécessitant le maintien des bras au-dessus de l'horizontale ou nécessitant une force de préhension élevée ou une grande sollicitation de la dextérité fine de la main droite.
8. Par décision du 9 juillet 2018, la SUVA a mis un terme à l'indemnité journalière au 11 juillet 2018, en considérant que l'assurée était capable de travailler à 100 % dès le 12 juillet 2018.

9. Le 20 juillet 2018, le docteur C_____, chef de clinique de l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des HUG, a attesté d'une reprise de travail le 23 juillet 2018 à 100 % en mentionnant « dans un travail adapté aux limitations sans port de charge répété supérieur à 5 - 10 kg, sans activité nécessitant le maintien des bras au-dessus de l'horizontale ou nécessitant une force de préhension élevée ou une grande sollicitation de la dextérité fine de la main droite. Ne peut plus reprendre son ancien travail d'aide-soignante ».
10. Le 24 juillet 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
11. Le 4 septembre 2018, le Dr C_____ a indiqué que l'évolution avait été marquée par un syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS) de la main et du poignet droit ainsi qu'une capsulite rétractile de l'épaule droite.
12. Le 5 septembre 2018, le médecin d'arrondissement de la SUVA a examiné l'assurée. Il ne semblait plus exister de SDRC actif. Les signes de neuropathie au niveau du nerf médian étaient faibles avec une simple dysesthésie sur la zone du pouce concerné. Discrète hypoesthésie. La mobilité du poignet était limitée peut-être par la plaque qu'il faudrait enlever mais l'utilisation du membre supérieur en dehors de l'épaule était normale. La progression dans la récupération des amplitudes des épaules ne permettra pas d'obtenir un travail au-delà de l'horizontale pour des forces supérieures à 10 kg, en élévation. L'utilisation par contre du membre supérieur était normale pour le reste. On pouvait attendre une amélioration ; il était demandé de recontacter les HUG pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse afin de compléter la rééducation du poignet tout en poursuivant parallèlement la rééducation de l'épaule. Le travail antérieur n'était plus exigible mais elle devait pouvoir, lorsqu'un travail en rapport avec les limitations sera exigible, reprendre une activité avec un port répété de charge inférieur à 5 - 10 kg, sans maintien des bras au-dessus de l'horizontale ou une activité nécessitant une force de préhension élevée ou une dextérité très fine au niveau de la main droite. La situation était en voie d'être stabilisée.
13. Le 24 septembre 2018, la SUVA a informé l'assurée que, sur la base des conclusions du service médical du 5 septembre 2018, le versement de l'indemnité journalière était repris dès le 12 juillet 2018.
14. Le 25 septembre 2018, l'assurée, lors d'un entretien avec un case manager de la SUVA, a indiqué qu'elle présentait des douleurs sous forme de compression et tiraillements de la main à l'épaule droite, à la mobilisation, avec de la peine à enrouler le doigt de la main et un manque de force de préhension ainsi que des douleurs aux mouvements de flexion/extension du poignet.
15. Le 8 octobre 2018, le Dr C_____ a indiqué dans un rapport AI une capacité de travail totale de l'assurée dans une activité adaptée dès le 23 juillet 2018 et nulle dans l'activité habituelle. Elle présentait les limitations suivantes : port de charge répété supérieur à 5 - 10 kg, maintien des bras au-dessus de l'horizontale (niveau

des épaules), travail nécessitant une force de préhension élevée ou une grande sollicitation de la dextérité de la main droite.

16. Le 9 octobre 2018, le Dr C_____ a établi un arrêt de travail pour accident, au taux de 100 % du 12 juillet 2018 au 8 novembre 2018, comme aide-soignante.
17. Le 9 novembre 2018, le docteur D_____, médecin chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main des HUG, a prescrit un arrêt de travail du 1^{er} au 30 novembre 2018, renouvelé jusqu'au 30 avril 2019. Le 31 mai 2019, il a indiqué qu'une reprise de travail totale était possible dès le 1^{er} mai 2019, avec respect des limitations fonctionnelles (pas de port de charge répété de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux avec le bras droit, pas de mouvement du bras droit au-dessus des épaules).
18. Le 15 novembre 2018, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (AMO plaque initiale R standard palmaire).
19. Par communication du 3 janvier 2019, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a constaté que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.
20. Le 18 février 2019, le Dr C_____ a attesté, dans un rapport médical intermédiaire AI, une amélioration de l'état de santé par la diminution de la douleur et l'amélioration des amplitudes articulaires depuis début 2019 ; une reprise de travail était possible sans port de charge.
21. Le 20 mars 2019, le médecin d'arrondissement de la SUVA a examiné l'assurée. L'état de santé était stabilisé et une capacité de travail de 100 % était possible, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de préhension d'objet de valeur, pas de port de charge supérieur à 10 kg, pas de maintien des bras au-dessus de l'horizontale, de porte à faux au-dessus de l'horizontale et d'activités répétées de préhension d'objet supérieur à 1 kg au-dessus de l'horizontale. La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité.
22. Le 28 mars 2019, la SUVA a informé l'assurée qu'elle cesserait le remboursement du traitement et le versement de l'indemnité journalière au 30 avril 2019.
23. Par décision du 6 juin 2019, la SUVA a refusé tout droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), en constatant un degré d'invalidité de 5,4 %.
24. Le 9 juillet 2019, le docteur E_____, du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assurée était définitivement nulle comme aide-soignante depuis le 21 janvier 2017 et totale depuis le 23 juillet 2018 (selon le certificat du Dr C_____) dans une activité adaptée (épargne du membre supérieur droit).
25. Le 12 juillet 2019, l'OAI a calculé un degré d'invalidité nul (revenu avant invalidité de CHF 47'601.- et revenu d'invalidité de CHF 55'045.-, selon l'ESS 2016, femme, TA1, total, pour 41,7h de travail par semaine, indexé en 2018, à un taux de 100 %).

26. Par projet de décision du 12 juillet 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était nul dès le 23 juillet 2018 et qu'à l'échéance du délai d'attente, le 21 janvier 2018, le droit à une rente entière d'invalidité était ouvert mais que la demande de l'assurée était tardive. Une mesure de reclassement ne pouvait être ordonnée, étant donné que le degré d'invalidité était inférieur à 20 %.
27. Le 15 juillet 2019, le Dr D_____ a écrit à la SUVA qu'à l'examen du 1^{er} juillet 2019, il n'y avait pas d'élément en faveur d'un CRPS actif ; un traitement antalgique et des séances de physiothérapie étaient encore indispensables afin de préserver si ce n'était améliorer la situation. L'assurée se plaignait de douleurs, raideurs et manque de force de la main et de l'épaule droites.
28. Le 23 juillet 2019, la SUVA, se basant sur un avis du Dr E_____ du 22 juillet 2019, a estimé que les troubles de l'épaule droite n'étaient pas à sa charge.
29. Le 8 août 2019, l'assurée a écrit à l'OAI que sa capacité de travail au 23 juillet 2018 était encore nulle et que la SUVA avait versé des prestations jusqu'au 30 avril 2019.
30. Le 6 août 2019, le Dr D_____, a attesté que sur la base des certificats médicaux, l'assurée avait une incapacité de travail à 100 % au mois de juillet 2018 dans son travail d'aide-soignante et une capacité de travail dès le 1^{er} mai 2019 à 100 %, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge répété de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux avec le bras droit, pas de mouvement répété du bras droit au-dessus des épaules.
31. Le 13 août 2019, le Dr E_____, du SMR, a relevé que les certificats d'incapacité de travail transmis par l'assurée confirmaient l'incapacité de travail dans l'ancienne activité d'aide-soignante. Les certificats du Dr D_____ de reprise de travail confirmaient la pleine capacité de travail actuelle dans une activité strictement adaptée, mais ne remettaient pas en cause le certificat du Dr C_____ de juillet 2018. Le document administratif de reprise des versements de la prestation de la SUVA ne fournissait aucune information médicale. Les nouveaux documents ne faisaient que confirmer les évaluations précédentes. Il fallait, par conséquent, s'en tenir aux conclusions de l'avis du SMR du 9 juillet 2019.
32. Par décision du 23 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en reprenant la motivation de son projet de décision.
33. Le 22 octobre 2019, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel ; la SUVA avait reconnu son incapacité totale de travail et était intervenue en sa faveur jusqu'au 30 avril 2019 ; elle était encore en incapacité de travail à 100 % en juillet 2018 ; elle souhaitait une mesure de reclassement professionnel. Elle a communiqué :

- Un certificat de travail du 31 septembre 2019 du Dr D_____ attestant d'une reprise de travail à 100 % le 1^{er} mai 2019 dans une activité sans port de charge répété de plus de 10 kg, sans porte-à-faux avec le bras droit et sans mouvement du bras droit au-dessus des épaules.
 - Le rapport du 6 août 2019 du Dr D_____.
34. Le 18 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 23 juillet 2018 et que son faible degré d'invalidité ne lui donnait pas droit à une mesure de reclassement ; l'assurée pouvait exercer différentes activités adaptées qui ne nécessitaient pas de formation.
35. Le 19 décembre 2019, la recourante a répliqué, en relevant que selon la SUVA elle était toujours en incapacité de travail totale en juillet 2018.
36. A la demande de la chambre de céans, la SUVA a versé son dossier à la procédure le 24 janvier 2020.
37. Le 2 mars 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Mon état va un peu mieux mais je n'arrive toujours pas à lever le bras complètement et je manque de force. Je ne peux plus faire mon ancienne activité d'aide-soignante. J'ai compris que l'AI me considère apte à travailler à 100 % avec des limitations mais c'est difficile pour une aide-soignante de trouver du travail. En plus l'assureur accident m'a reconnue incapable de travailler jusqu'en avril 2019. Entre juillet et septembre 2018 j'ai été au chômage. J'avais discuté de ma capacité de travail avec le Dr C_____ qui avait vu que ma main n'allait pas bien mais qui était d'accord de me faire un certificat de reprise pour le chômage en juillet 2018. Suite à mon opposition la SUVA a prolongé mon incapacité de travail et a remboursé à la caisse mes indemnités de chômage entre juillet et septembre 2018.

Je suis d'accord avec une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée mais j'estime que j'ai besoin d'aide pour une réinsertion. Je souhaite que l'AI me donne des mesures de réinsertion professionnelle.

J'ai déjà cherché du travail. J'ai une formation d'institutrice et j'ai essayé de travailler comme éducatrice mais cela n'a pas fonctionné. J'ai un diplôme d'institutrice roumain. A la fin de mes études universitaires je n'ai pas passé l'examen pour obtenir un poste d'institutrice car je suis partie en Espagne. Pour cette raison je ne peux pas obtenir l'équivalence de mon diplôme en Suisse. J'ai essayé de trouver du travail comme comptable mais on me demande d'avoir de l'expérience et d'avoir suivi des cours. Je ne vois pas trop dans quel domaine sans qualification je peux chercher du travail. Peut-être que dans un restaurant on me demanderait aussi une formation, mais je ne peux de toute façon pas porter de charges. Je suis sortie du délai cadre du chômage en septembre 2019. Ma

conseillère au chômage m'a dit que l'AI devrait s'occuper de ma réinsertion car nous n'avions pas le temps de le faire durant mon délai cadre. Je comprends et je parle un peu le français, j'ai suivi des cours de français financés par le chèque formation.

Je suis dans des démarches pour obtenir un regroupement familial pour mon mari et mes enfants, c'est pour cette raison que je ne me suis pas inscrite à l'Hospice général. J'ai cherché du travail quand j'étais au chômage comme éducatrice, comme comptable, comme assistante ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Nous constatons que la recourante parle plusieurs langues et qu'elle peut effectuer plusieurs activités professionnelles selon ses limitations fonctionnelles. Sa réinsertion aurait dû être effectué dans le cadre du chômage. Ce n'est pas du ressort de l'AI. Nous n'entrons pas en matière sur l'octroi d'une orientation professionnelle dans un cas comme celui-ci ».

38. Le 20 mai 2020, la recourante a indiqué qu'elle maintenait son recours ; elle ne pouvait pas travailler avec sa main droite car son état de santé avait beaucoup empiré.
39. A la demande de la chambre de céans, le Dr E_____ a donné, le 9 septembre 2020, des renseignements médicaux complémentaires. Son avis du 5 septembre 2018 rejoignait celui de la CRR en ce qui concernait l'appréciation, la discussion et les limitations fonctionnelles définies. A noter toutefois que dans cette appréciation le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité paraissait favorable à terme. Le 23 juillet 2018, le cas de l'assurée lui avait à nouveau été soumis et il avait constaté une péjoration du problème de l'épaule gelée et la reprise du travail dans son poste actuel était compromise ; l'examen du 5 septembre 2018 lui avait permis de faire le point de la situation. Il indique : « Bien entendu dès le 23.07.2018 elle aurait pu, si quelqu'un l'avait constaté, reprendre dans une activité adaptée, mais n'ayant pas vu personnellement l'assurée et n'ayant procédé à cet examen, celui-ci n'a pu se dérouler que le 5.09.2018. C'est à ce moment-là que les espoirs de reprendre l'ancienne activité n'ont pas été concrétisés et que l'exigibilité, telle que formulée, a été faite au jour de l'examen. Il n'est bien sûr pas possible d'antidater, en ce qui concerne mes constatations, celles-ci auraient pu être tout à fait identiques réalisées par contre par les médecins traitants de l'assurée. ».

Si on n'enlevait pas la plaque, l'état pouvait être stabilisé deux mois après l'examen clinique du 5 septembre 2018. Il se trouvait qu'une nouvelle intervention était survenue pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 15 novembre 2018 et que cette intervention avait été réalisée par le Dr G_____. Sur ce type d'ablation de matériel, en l'absence de complication, la stabilisation pouvait se faire dès le 2ème mois post-opératoire. Pourtant, la Dresse H_____, Médecin interne aux HUG, alors qu'elle constatait une évolution favorable avec amélioration de la mobilité, ne prescrivait pas de reprise du travail et portait la mention « à déterminer » sur son certificat du 2 février 2019. C'était dans ces conditions que le 5 mars 2019, on lui

soumettait à nouveau le cas devant la pauvreté des examens réalisés et des renseignements post-opératoires à disposition. Dans le souci d'examiner au mieux l'assurée et d'assurer l'absence de complication lors de cette ablation de matériel, il l'avait vue le 20 mars 2019. Ce jour, il stabilisait l'état.

40. Le 10 novembre 2020, la Dresse I_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel les réponses du Dr E_____ permettaient de confirmer une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée dès le 23 juillet 2018, date fixée par le Dr C_____, qui n'était pas remise en cause par le Dr E_____ ; l'intervention de novembre 2018 ne justifiait qu'une incapacité de travail totale d'un mois.
41. Le 11 novembre 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 10 novembre 2020.
42. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de sa capacité de travail entre le 23 juillet 2018 et le 30 avril 2019 ainsi que sur son droit à des mesures d'ordre professionnel.
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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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).

6. 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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

d. 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).

e. 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).

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

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

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

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

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

b. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

c. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier,

l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

11. En l'occurrence, l'intimé a reconnu à la recourante une incapacité de travail totale du 21 janvier 2017 au 22 juillet 2018 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 23 juillet 2018, en se fondant sur l'avis du 20 juillet 2018 du Dr C_____. S'agissant de cet avis, la recourante l'a relativisé en expliquant qu'il avait été rendu dans le cadre de son inscription à l'assurance-chômage, laquelle lui avait versé des indemnités de chômage jusqu'en septembre 2018.

La recourante a ainsi été reconnue apte au placement, à tout le moins dès le 23 juillet 2018. Certes les décisions rendues par les organes de l'assurance-chômage n'ont pas d'influence sur l'évaluation de la capacité de travail et de gain effectuée par les organes de l'assurance-invalidité (ATAS/168/2010). Ces deux assurances sociales n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents (notamment l'incapacité de travail pour l'AI, l'aptitude au placement pour l'assurance-chômage ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 872/2009 du 30 juin 2010). Cependant, l'aptitude de la recourante à exercer une activité adaptée à son état de santé a, par la suite, été confirmée par le Dr C_____ dans son rapport à l'intimé du 8 octobre 2018, puisqu'il y indique clairement un début de l'aptitude à la réadaptation de la recourante au 23 juillet 2018, en énumérant les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte.

Dans ces conditions, l'intimé pouvait, suivant l'avis de son SMR, retenir une capacité de travail totale de la recourante dès le 23 juillet 2018, nonobstant le versement par la SUVA de l'indemnité journalière jusqu'au 30 avril 2019, ce d'autant, qu'interpellé par la chambre de céans, le Dr E_____ a confirmé le 9 septembre 2020, qu'à son avis, la recourante aurait pu reprendre une activité adaptée dès le 23 juillet 2018 mais qu'il ne l'avait pas attestée, car il n'avait revu la recourante que le 5 septembre 2018.

Au vu de ce qui précède, la reconnaissance par l'intimé d'une incapacité de travail totale de la recourante du 21 janvier 2017 au 22 juillet 2018 et d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 23 juillet 2018 ne peut qu'être confirmée, tout comme l'absence de droit à la rente, vu la tardiveté du dépôt de la demande de prestations, le 24 juillet 2018 et le degré d'invalidité nul, dès juillet 2018. A cet égard, le calcul du degré d'invalidité, qui n'a pas été contesté par la recourante, peut être confirmé.

12. Enfin, la recourante requiert des mesures d'ordre professionnel. Cependant, son degré d'invalidité n'atteint pas le seuil de 20 % donnant droit à une mesure de reclassement. S'agissant d'une autre mesure, telle qu'une orientation

professionnelle, il convient d'admettre, avec l'intimé, que compte tenu des limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charge de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux avec le bras droit, pas de porte-à-faux au-dessus de l'horizontale, pas d'activité répétée de préhension d'objet supérieur à 1 kg au-dessus de l'horizontale), il existe un nombre suffisamment large d'activités légères sur le marché du travail que la recourante peut assumer.

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

Vu l'issue du litige, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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