

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4036/2024

ATAS/344/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 mai 2025

Chambre 10

En la cause

A _____

recourante

Contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1977, de nationalité portugaise, sans formation, a travaillé en qualité de femme de ménage et d'employée de supermarché. En mars 2019, elle a rejoint à Genève son époux, également ressortissant portugais, établi dans le canton depuis 2017. Titulaire d'un livret B, l'assurée a été engagée en qualité de femme de ménage à temps partiel par B_____ (ci-après : l'employeur), à compter du 30 juin 2020.
- b.** Le 25 janvier 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), mentionnant être en incapacité de travail totale depuis le 8 août 2020 suite à un accident.
- c.** Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a reçu le dossier de la SUVA, assureur-accidents de l'assurée, dont il ressort notamment que l'intéressée était tombée dans les escaliers le 8 août 2020 et s'était blessée à l'épaule gauche. Les investigations médicales avaient révélé une tendinopathie diffuse de la coiffe des rotateurs gauche et du long chef du biceps gauche. Le traitement avait consisté en des séances de physiothérapie et une infiltration sous-acromiale et gléno-humérale le 5 novembre 2020, avec une amélioration temporaire des douleurs.
- d.** Par rapport du 26 février 2021, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état de douleurs persistantes au niveau de l'épaule gauche. Le pronostic était réservé, voire mauvais, vu l'absence totale d'évolution positive des douleurs après presque sept mois. La patiente était dans l'incapacité d'exercer son activité habituelle et était également gênée dans la vie quotidienne.
- Il a joint des rapports de radiographies de l'épaule gauche et de la clavicule gauche du 8 août 2020, d'un CT-Scan de l'épaule gauche du 12 août 2020, d'une arthro-IRM (pour imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche du 23 octobre 2020, d'une arthrographie gléno-humérale gauche du 28 janvier 2021, et un rapport établi le 2 novembre 2020 par le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie.
- e.** L'employeur a répondu à un questionnaire de l'OAI le 18 mars 2021 et précisé que l'assurée travaillait à hauteur de 8.75 heures par semaine et que l'horaire de travail normal en entreprise était de 43 heures.
- f.** Le 22 avril 2021, l'assurée a fourni des renseignements concernant sa carrière et indiqué à l'OAI qu'elle avait travaillé à 100% au Portugal et à 20% depuis qu'elle habitait à Genève.
- g.** Par rapport du 20 mai 2021, le Dr D_____ a fait état de douleurs persistantes de l'épaule gauche qui empêchaient l'assurée d'utiliser en force son bras et d'effectuer des mouvements répétitifs.

h. Dans un rapport du 20 mai 2021, le docteur E_____, médecin chef de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a retenu une indication opératoire, le bilan d'imagerie par IRM montrant une rupture profonde de la partie antérieure du sus-épineux associée à une subluxation du long chef du biceps et une tendinopathie de sa portion intra-articulaire.

i. Le 23 juin 2021, l'assurée s'est soumise à une arthroscopie de l'épaule gauche avec une suture du sus-épineux et du sous-scapulaire, une ténodèse du long chef du biceps, une acromioplastie antérolatérale.

j. Par décision du 9 juillet 2021, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance au 21 juin 2021, considérant que les troubles qui persistaient au-delà du 20 juin 2021 n'avaient plus aucun lien avec l'accident.

k. En date du 10 février 2022, le Dr C_____ a considéré que l'évolution était lente, mais positive, s'agissant des douleurs et de la mobilité, et noté une amélioration récente des symptômes dépressifs qui étaient apparus après l'opération, avec d'importantes douleurs et une inactivité prolongée.

l. Dans un rapport du 2 mai 2022, la docteure F_____, médecin cheffe de clinique au département de médecine de premier recours des HUG, a indiqué que l'assurée avait consulté les urgences le 29 avril 2022 en raison d'une récurrence de lombalgies droites, étant précisé qu'elle avait déjà consulté le 7 février 2022 pour une douleur lombaire basse à droite non déficitaire avec une irradiation sur la face postéro-latérale. L'IRM de la colonne lombaire avait mis en évidence des discopathies L3-L4, L4-L5 et L5-S1, avec une discrète protrusion discale postéro-paramédiane droite L4-L5, non conflictuelle, sans rétrécissement canalaire ou récesso-foraminal significatif.

m. Suite à une consultation du 14 juin 2022, le docteur G_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a constaté que l'évolution était défavorable, avec de fortes douleurs et d'importantes limitations des amplitudes articulaires.

n. Le 12 août 2022, le Dr G_____ a conclu que l'IRM de l'épaule réalisée le 21 juin 2022 était rassurante, avec une guérison des tendons supra et infra-épineux et sous scapulaires.

o. Le 31 août 2022, le Dr C_____ a rapporté une limitation des amplitudes de l'épaule gauche et la persistance des douleurs, qui nécessitaient une antalgie quotidienne. Le coude gauche était également douloureux et les neurologues avaient diagnostiqué une neuropathie irritative du nerf ulnaire au coude et aussi du médian au poignet. Une intervention chirurgicale avait été proposée. La thymie de la patiente était globalement à la baisse, en raison de l'absence d'activité professionnelle et des limitations dans les tâches ménagères.

p. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 16 février 2023 au domicile de l'assurée, en présence de sa nièce qui avait effectué la traduction en

cas de besoin. L'enquêtrice a noté que l'assurée vivait avec son époux, peintre en bâtiment, qui exerçait à temps complet selon des horaires réguliers, et sa fille, âgée de 17 ans, apprentie peintre en carrosserie, laquelle n'avait pas d'activités de loisirs ou sportives régulières. Au terme de son rapport, l'enquêtrice a retenu que l'assurée présentait des empêchements, sans aide exigible de la famille, à hauteur de 15% pour le poste alimentation, de 40% pour l'entretien du logement, de 9% pour les achats, courses diverses, et tâches administratives, de 30% pour la lessive et l'entretien des vêtements, de 0% pour les soins et assistance aux enfants et aux proches et de 0% pour le soin du jardin et de l'extérieur de la maison, ainsi que la garde des animaux domestiques. Compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille et des personnes vivant en ménage commun, ces empêchements étaient tous nuls. Il en résultait que les empêchements après obligation de réduire le dommage étaient fixés à 0%.

- B.**
- a.** En date du 16 mars 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande. Après avoir relevé que son statut était celui d'une personne se consacrant à 20% à son activité professionnelle et à 80% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage, il a considéré qu'elle présentait une incapacité de travail totale dès le 8 août 2020 dans son activité habituelle. Dans un travail adapté à son état de santé, la capacité de travail était de 100% dès le 26 février 2021, puis de 0% dès le 23 juin 2021. Le degré d'invalidité était alors fixé à 20% ($20\% \times 100\% = 20\%$ pour la part professionnelle ; $80\% \times 0\% = 0\%$ pour la part ménagère), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par la suite, son état de santé s'était amélioré et lui permettait d'exercer une activité professionnelle adaptée à 100% dès le 10 février 2022. La comparaison des gains avec invalidité et sans invalidité ne révélait aucune perte de gain. Le degré d'invalidité total et donc nul ($20\% \times 0\% = 0\%$ pour la part professionnelle ; $80\% \times 0\% = 0\%$ pour la part ménagère).
 - b.** Par courrier du 11 avril 2023, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, faisant valoir qu'elle devait se faire opérer de l'épaule.
 - c.** Le 3 mai 2023, le Dr C_____ a prié l'OAI de réévaluer sa décision, faisant valoir que sa patiente présentait toujours des douleurs et une réduction de ses amplitudes articulaires, qui la limitaient pour la reprise de son métier de femme de ménage et pour ses activités quotidiennes.
 - d.** Dans un rapport du 4 mai 2023, le docteur H_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a noté qu'une ténotomie sous ténodèse semblait une bonne solution à la symptomatologie invalidante.
 - e.** Le 21 juillet 2023, le Dr C_____ a fait état d'un trouble dépressif moyen avec réaction anxieuse, de troubles du sommeil, d'une récurrence du prolapsus rectal en mai 2023 qui avait motivé une demande de consultation en chirurgie digestive aux HUG, d'omalgies gauches invalidantes avec évocation d'une nouvelle intervention, d'une atteinte irritative des nerfs médian gauche et ulnaire gauche

pour laquelle une chirurgie était prévue le 14 août 2023, de carence en fer avec anémie et d'une atteinte gynécologique pour laquelle une opération était prévue.

f. Dans un rapport du 19 septembre 2023, la docteure I_____, médecin cheffe de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a diagnostiqué une récurrence de compression du nerf médian du poignet droit et rappelé les neurolyses effectuées les 26 septembre 2022 et 14 août 2023.

g. Le 12 octobre 2023, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI qu'il assurait le suivi psychiatrique de l'assurée, au rythme d'une consultation par semaine. Un suivi spécialisé avait été évoqué, mais la patiente préférait qu'il s'en charge. Elle présentait un trouble dépressif moyen à sévère, avec réaction anxieuse, et prenait un traitement antidépresseur et anxiolytique. Aucune intervention chirurgicale digestive était prévue, mais une consultation avait été demandée aux HUG à deux reprises afin d'évaluer l'indication opératoire d'un prolapsus rectal. La nouvelle intervention au niveau de l'épaule gauche n'avait finalement pas été retenue et le suivi se poursuivait aux HUG, avec de la physiothérapie. Enfin, l'assurée avait été opérée de la main droite le 14 août 2023 aux HUG et l'évolution était favorable, avec une bonne cicatrisation et une régression des douleurs.

h. Dans ses notes de consultation du 27 décembre 2023, le docteur J_____, chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, a fait état d'une épaule non-fonctionnelle dès qu'il s'agissait d'utiliser la force et limitée dans les amplitudes. Les restrictions comprenaient le port de charges de plus de 1 kg avec le membre supérieur atteint, même un travail répété en position coude au corps semblait peu probable car l'inflammation demeurait importante. L'atteinte avait des répercussions invoquées dans tous les domaines de la vie. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 100%, du point de vue de sa spécialité, dans une activité répondant aux restrictions évoquées.

i. Dans un rapport du 28 décembre 2023, la Dre I_____ a indiqué que la problématique du tunnel carpien était résolue depuis la chirurgie, mais que la patiente avait développé une tendinopathie de De Quervain au poignet droit. Le traitement comportait de la physiothérapie pour l'épaule et une infiltration avait été réalisée au mois d'octobre 2023 pour la tendinopathie de De Quervain. Les limitations fonctionnelles reposaient sur une difficulté à utiliser la main sur le long terme. Une capacité de travail de 50% au minimum serait envisageable pour la main, du point de vue de sa spécialité. Dans une activité excluant les gestes en force sur son membre supérieur droit, la capacité de travail serait entière.

j. L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, comportant des volets en chirurgie orthopédique et en psychiatrie, laquelle a été réalisée par K_____ (ci-après : SEM).

Dans leur rapport du 4 mai 2024, les docteurs L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, ont diagnostiqué, au plan orthopédique, des douleurs et limitations fonctionnelles

passives et actives de l'épaule gauche après une contusion sans lésion traumatique mise en évidence, avec une évolution défavorable même malgré un traitement conservateur bien effectué et un traitement chirurgical assez invasif, un status après une cure chirurgicale du tunnel carpien et une transposition antérieure du cubital gauche en 2022, un status après libération du nerf médian dans le canal carpien droit à la fin de l'année 2023, un status après une libération du tendon adducteur dans la gouttière radiale distale pour une tendinite de De Quervain en mars 2024. Au niveau psychiatrique, ils ont diagnostiqué un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00). Ils ont précisé qu'un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) n'était pas retenu, car l'intéressée ne présentait pas d'état de détresse, *item* sémiologique requis pour retenir cette éventuelle typologie diagnostique. De surcroît, il existait un substrat somatique suffisamment explicatif.

Les experts ont conclu que la capacité de travail était, au plan orthopédique, de 0% dans l'activité habituelle depuis le 8 août 2020. Dans un métier adapté, ladite capacité avait été de 80% dans une activité adaptée monomanuelle droite, la main gauche pouvant aider depuis janvier 2022 avec des incapacités d'un mois après la libération du nerf médian et du nerf cubital gauches en 2022, puis de 0% depuis fin 2023 et de 80% depuis juin 2024. L'intéressée devait éviter les activités nécessitant une élévation antérieure au-dessus des mamelons, les contraintes pour l'épaule gauche, les rotations interne-externe ou abduction-adduction, ainsi que le port de charge. L'incapacité de travail de 20% était liée à la réduction de la performance en raison de l'augmentation des pauses pour détendre l'épaule gauche. Au plan psychiatrique, la capacité de travail avait toujours été entière, car il n'existait pas de psychopathologie incapacitante. L'intéressée était capable de soutenir le maximum horaire exigible quotidien sur le plan psychiatrique.

k. Par avis du 13 mai 2024, la docteure N_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a préconisé d'interroger la Dre I_____ afin de confirmer les conclusions de l'expert orthopédiste compte tenu de l'intervention récente de la tendinite de De Quervain.

l. Le 6 août 2024, la Dre I_____ a répondu à l'OAI que l'évolution était favorable et que la patiente présentait une résolution complète des douleurs au contrôle du 13 juin 2024. La capacité de travail était entière s'agissant de l'atteinte au niveau du poignet.

m. Dans une appréciation du 30 août 2024, la Dre N_____ a estimé que le SMR pouvait suivre les conclusions de l'expertise, sauf en ce qui concernait l'incapacité de travail en lien avec la récurrence du tunnel carpien droit qui commençait le 14 août 2023 et non à la fin de l'année 2023. Elle a repris les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus par les experts, et rappelé que le début de l'incapacité de travail durable remontait au 8 août 2020, date depuis laquelle l'intéressée était totalement incapable d'exercer son activité habituelle de femme

de ménage. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 1^{er} janvier 2022, de 0% dès le 29 juin 2022, de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 26 octobre 2022, de 0% dès le 14 août 2023 et de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 13 juin 2024.

n. Le 3 octobre 2024, l'enquêtrice ayant procédé à l'enquête ménagère du 16 février 2023 a pris connaissance des atteintes à la santé retenues par le SMR dans son dernier avis, de son évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles. Elle a modifié ses précédentes conclusions en ce sens que les empêchements, sans aide exigible de la famille, étaient portés à 24% (contre 15% lors de la première enquête) pour le poste alimentation, et à 53% (contre 40% lors de la première enquête) pour l'entretien du logement, les autres taux étant confirmés. Compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille vivant en ménage commun, les empêchements après obligation de réduire le dommage étaient fixés à 0%.

o. Le 30 octobre 2024, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité. Il a fixé le revenu annuel brut avec invalidité à CHF 39'329.- (ESS 2022, tableau TA1_tirage_skill_level, femme, total, tous domaines confondus, niveau de compétences 1 = CHF 4'367.-, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail dans le domaine de 41.7 heures, annualisé, puis réduit de 20% compte tenu de la diminution de rendement constatée et de 10% à titre d'abattement) et le revenu sans invalidité à CHF 52'275.- (sur la base des indications fournies par l'employeur, soit un salaire de CHF 51'741.- pour 2021 [CHF 21.36 de l'heure x 43 heures x 52 semaines / 12 x 13] réactualisé à 2022 [CHF 52'275.-]). Il en résultait une perte de gain de 24.76%. À partir du 13 juin 2024, le salaire sans invalidité s'élevait à CHF 40'012.- (ESS 2022 TA1_tirage_skill_level, femme, total, tous domaines confondus, niveau de compétences 1 = CHF 4'367.-, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures, annualisé et indexé à l'année de référence, soit 2024, puis réduit de 20% compte tenu de la diminution de rendement et de 10% à titre d'abattement) et le revenu sans invalidité à CHF 54'556.- (salaire que l'assurée aurait réalisé en 2021 selon l'employeur, réactualisé à 2024), révélant une perte de gain de 26.66%.

p. Par décision du 30 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Il a reconnu une incapacité de travail durable de 100% dans toutes activités confondues à partir du 8 août 2020, de sorte qu'à la fin du délai d'attente d'un an, soit au 1^{er} août 2021, le degré d'invalidité était de 20% ($20\% \times 100\% = 20\%$ dans la sphère professionnelle ; $80\% \times 0\% = 0\%$ dans la sphère ménagère), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'état de santé de l'assurée s'était amélioré dès le 1^{er} janvier 2022, date à partir de laquelle elle était apte à exercer une activité à 100% avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus avec invalidité (CHF 39'329.-) et sans invalidité (CHF 52'275.-), la perte de gain s'élevait à CHF 12'946.-, soit 24.76%.

Le degré d'invalidité total se montait ainsi à 5% ($20\% \times 24.76\% = 4.95\%$ dans la sphère professionnelle ; $80\% \times 0\% = 0\%$ dans la sphère ménagère). Ce taux n'ouvrait pas le droit à des prestations sous la forme d'une rente. L'état de santé de l'assurée s'était péjoré dès le 29 juin 2022 avec une totale incapacité de travail dans toute activité. Le degré d'invalidité était donc à nouveau de 20%, de sorte qu'elle ne pouvait pas prétendre à une rente. Suite à une amélioration de son état de santé à partir du 26 octobre 2022, elle avait présenté une capacité de travail entière dans un métier compatible avec ses restrictions, avec une baisse de rendement de 20%. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines était donc à nouveau fixé à 5%. Dès le 14 août 2023, l'incapacité de travail était totale dans toutes activités confondues, de sorte que le degré d'invalidité total était à nouveau fixé à 20% depuis le 1^{er} décembre 2023, soit après trois mois d'aggravation. Finalement, l'état de santé s'était amélioré dès le 13 juin 2024, avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20%. À partir de cette date, la perte de gain était fixée à CHF 14'544.- compte tenu des revenus sans invalidité (CHF 54'556.-) et avec invalidité (CHF 40'012.-), correspondant à un degré d'invalidité de 26.66%. Le degré d'invalidité total s'élevait ainsi à 5% ($20\% \times 26.66\% = 5.33\%$ dans la sphère professionnelle ; $80\% \times 0\% = 0\%$ dans la sphère ménagère).

q. Par courrier du 26 novembre 2024, l'assurée a contesté la décision précitée auprès de l'OAI, indiquant qu'elle continuait à être en arrêt maladie, à avoir mal, et à être suivie aux HUG et à faire de la physiothérapie sans amélioration, comme confirmé par son médecin traitant.

Elle a joint, entre autres :

- le compte-rendu opératoire du 2 octobre 2022 relatif à la neurolyse du nerf médian du poignet gauche et du nerf ulnaire du coude gauche réalisée le 26 septembre 2022 ;
- le compte-rendu opératoire du 21 août 2023 suite à la récurrence de compression du nerf médian du poignet droit opérée le 14 août 2023 ;
- un rapport du 28 novembre 2023 du département de médecine aigüe des HUG suite à une consultation le 24 novembre 2023 en raison de douleurs abdominales ;
- un rapport du département de médecine aigüe des HUG du 12 avril 2024 relatif à une consultation le 28 février 2024 en vue de la gestion de l'antalgie des douleurs de l'épaule gauche, rapportant une limitation de la mobilité du bras gauche et des douleurs ;
- le compte-rendu opératoire du 15 mars 2024 suite à l'intervention au poignet droit en raison de la tendinite de De Quervain droite ;

- un avis de sortie du 12 septembre 2024 des soins aigus des HUG concernant une admission en raison de douleurs abdominales, ainsi que différents résultats d'analyses de laboratoire ;
- un rapport du 7 octobre 2024 du département de médecine, service d'angiologie et d'hémostase des HUG, mentionnant qu'elle avait été vue le 19 septembre 2024 en vue d'une analyse de la fonction plaquettaire ;
- un rapport d'intervention d'antalgie du 24 octobre 2024 du département de médecine aigue ;
- des rapports d'ultrason de la main et du poignet gauches du 16 juin 2022, d'ultrason du coude et du poignet droits du 9 janvier 2023, d'IRM du poignet, de la main et du doigt droits du 26 avril 2023, d'ultrason de la main et du poignet droits du 11 août 2023, d'un scanner de l'abdomen du 25 novembre 2023, d'IRM cérébrale du 13 février 2024, de radiographies de la hanche droite du 22 mai 2024, d'un CT-abdominal du 29 mai 2024, d'échographie du pli inguinal et de la racine de la cuisse droite du 10 juin 2024, de radiographies du bassin du 4 juin 2024, d'IRM du poignet, de la main et du doigt droits du 13 août 2024 ;
- un certificat du 21 novembre 2024 du Dr C_____, aux termes duquel elle présentait toujours des omalgies gauches pour lesquelles elle continuait son suivi au service d'orthopédie des HUG, sans amélioration des plaintes douloureuses ; depuis quelques semaines, étaient également apparues des omalgies droites, étant donné qu'elle utilisait quasiment exclusivement son membre supérieur droit en raison des douleurs de l'épaule controlatérale ; une demande de prise en charge au service d'orthopédie des HUG avait été effectuée ; elle se plaignait en outre de douleurs rectales et de rectorragies avec une clinique évoquant une récurrence du prolapsus rectal étant précisé qu'elle avait subi une première intervention en 2010, et qu'une demande de consultation spécialisée avait été faite aux HUG ; elle était aussi suivie par un psychiatre en raison de symptômes dépressifs, pour lesquels elle était sous traitement psychotrope ; une asthénie était présente depuis plusieurs mois et le bilan réalisé n'avait pas trouvé d'explication ; il était possible qu'il s'inscrivait dans le contexte d'un trouble dépressif.

r. Le 4 décembre 2024, l'OAI a transféré ces documents à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice comme objet de sa compétence.

s. Dans sa réponse du 7 janvier 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise bidisciplinaire du 4 mai 2025 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, tout comme l'enquête économique sur le ménage. La recourante ne démontrait pas en quoi les conclusions du rapport d'enquête ne seraient pas plausibles ou insuffisamment motivées, ni quels éléments n'auraient pas été pris en considération.

Il a produit un avis du 18 décembre 2024 de la Dre N_____, laquelle a examiné les pièces communiquées par la recourante postérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Elle a en particulier relevé que le rapport du Dr C_____ ne permettait pas de conclure à l'existence d'une atteinte au niveau de l'épaule droite, faute de tout rapport d'imagerie. S'agissant des douleurs rectales et rectorragies, le SMR avait déjà retenu dans son rapport du 30 août 2024 que cette atteinte, certes gênante, n'entraînait pas d'incapacité de travail durable. Concernant le suivi psychiatrique évoqué par le médecin traitant, ainsi que le traitement psychotrope, elle a rappelé que l'intéressée était déjà au bénéfice d'un tel traitement lorsqu'elle avait été évaluée dans le cadre de l'expertise. Pour le reste, le Dr C_____ n'avait pas indiqué le nom du psychiatre ni le début du suivi spécialisé. En outre, une fatigue n'avait pas été retrouvée par le Dr L_____ dans son status du 4 mai 2024. Concernant le rapport du 24 octobre 2024 relatif à un bloc du nerf supra-scapulaire, elle a relevé que ce geste ne présageait en aucun cas une aggravation de la symptomatologie de l'intéressée et ne changeait pas les limitations fonctionnelles retenues par SMR. Quant à l'avis de sortie du 12 septembre 2024, seules des douleurs abdominales étaient mentionnées comme motif d'hospitalisation, sans qu'une étiologie ne soit discutée. Les diagnostics secondaires mentionnés dans ce document avaient déjà été pris en compte par le SMR et n'étaient pas incapacitants et à même d'entraîner de nouvelles limitations fonctionnelles. Partant, à l'examen des nouvelles pièces versées au dossier, il n'y avait aucun élément objectif nouveau ou en faveur d'une aggravation, de sorte qu'elle maintenait ses conclusions précédentes.

t. Invitée à répliquer, la recourante ne s'est pas manifestée.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

1.3 Le délai de recours est de 30 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.

2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

2.2 En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en janvier 2021 et le délai d'attente d'une année venant à échéance en août 2021, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

- 3.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 30 octobre 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente, en raison d'un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation.
- 4.** Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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).

L'art. 4 al. 1 LAI dispose que l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.1 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.

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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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 ; 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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).

4.2 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.

L'art. 16 LPGA dispose que 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.

À teneur de l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le revenu

déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

Selon l'art. 27^{bis} RAI, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Aux termes de l'art. 88a RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable (al. 2).

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

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 ; 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 128 V 174).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et

compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

4.4 Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 129 V 67 consid. 2.3.2 publié *in* VSI 2003 p. 221 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 ; I 733/06 du 16 juillet 2007).

Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 et les références ; 140 V 267 consid. 5.2.1 et les références). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation d'organiser son travail et de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille

raisonnable si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 et les références).

Toutefois, la jurisprudence ne répercute pas sur un membre de la famille l'accomplissement de certaines activités ménagères, avec la conséquence qu'il faudrait se demander pour chaque empêchement si cette personne entre effectivement en ligne de compte pour l'exécuter en remplacement (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 133 V 504 consid. 4.2). Au contraire, la possibilité pour la personne assurée d'obtenir concrètement de l'aide de la part d'un tiers n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. Dans le cadre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la personne qui requiert des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent se laisser opposer le fait que des tiers - par exemple son conjoint [art. 159 al. 2 et 3 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC -RS 210)] ou ses enfants (art. 272 CC) - sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.2 et les références, *in* SVR 2023 IV n. 46 p. 156).

Le Tribunal fédéral a récemment confirmé qu'il n'y a pas de motif de revenir sur le principe de l'obligation de diminuer le dommage tel que dégagé par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3 et les références).

5. 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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. 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 ; 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

6. 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au

moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

7. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 30 octobre 2024, l'intimé a retenu que la recourante avait un statut mixte, comprenant une part professionnelle de 20% et une part ménagère de 80%. Il a conclu, sur la base des avis du SMR des 13 mai et 6 août 2024, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise du 4 mai 2024, que la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle de femme de ménage depuis le 8 août 2020. Dans un métier adapté respectant strictement ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail avait été de 0% dès le 8 août 2020, de 100% avec une baisse de rendement de 20% dès le 1^{er} janvier 2022, de 0% dès le 29 juin 2022, de 100% avec une baisse de rendement de 20% dès le 26 octobre 2022, de 0% dès le 14 août 2023, et de 100% avec une baisse de rendement de 20% dès le 13 juin 2024. L'intimé a en outre retenu, conformément aux conclusions du rapport d'enquête ménagère du 3 octobre 2024, que l'intéressée ne présentait aucun empêchement pour ses travaux habituels.

La recourante ne remet pas en cause le statut mixte, ni la pondération des parts professionnelle et ménagère. Elle conteste de manière générale l'appréciation de son degré d'invalidité, faisant en substance valoir qu'elle est encore en arrêt maladie et sous traitements.

Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise médicale et du rapport d'enquête ménagère.

7.1 La chambre de céans constate tout d'abord que l'expertise médicale bidisciplinaire est fondée sur une étude approfondie du dossier de la recourante. Le rapport du 4 mai 2024 contient un résumé de toutes les pièces médicales remises aux experts, une évaluation interdisciplinaire et le rapport des deux spécialistes. Ces derniers ont notamment interrogé l'intéressée dans le cadre d'un entretien ouvert, puis de façon plus détaillée sur les différentes affections présentées, l'apparition et l'évolution des limitations, les traitements, la gestion des troubles au quotidien, les stratégies d'adaptation et la réaction de son entourage. Ils ont présenté une anamnèse familiale, professionnelle et sociale, et résumé une journée-type, avant de consigner leurs constatations objectives. Les experts ont posé des diagnostics clairs, énuméré les restrictions et se sont déterminés sur la capacité de travail de l'intéressée, dans son activité habituelle et dans un métier adapté. Leurs conclusions, dûment motivées, sont convaincantes.

Partant, ce document, établi en pleine connaissance du dossier, après des examens complets et une analyse approfondie de la situation, en tenant compte des doléances de l'expertisée, répond à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

7.1.1 La recourante ne fait valoir aucun argument concret à l'encontre de ce document et s'est limitée à produire diverses pièces médicales.

7.1.2 La chambre de céans relèvera, s'agissant du certificat du 21 novembre 2024 du Dr C_____, que les omalgies gauches persistantes rappelées par le médecin traitant ont bien été retenues par l'expert orthopédique, lequel a pris en considération les douleurs et les limitations articulaires, estimant que seule la main gauche pouvait être sollicitée, pour aider, mais que la recourante ne devait pas mobiliser son épaule gauche au-dessus de l'horizontale, ni effectuer des rotations ou abductions-adductions répétitives, ni porter des charges avec son membre supérieur gauche. Concernant les omalgies droites, apparues depuis « quelques semaines » et pour lesquelles une consultation spécialisée était prévue, rien ne permet de conclure que ces douleurs récentes existaient déjà au moment du prononcé de la décision litigieuse. De plus, une pathologie au niveau de l'épaule droite n'est à ce stade attestée par aucun document, en particulier par aucun rapport radiologique. Les douleurs rectales et les rectorragies évoquant une récurrence du prolapsus rectal ne sont pas propres à entraîner une incapacité de travail durable, comme exposé par le SMR dans son avis du 18 décembre 2024. Cela est d'ailleurs confirmé par le fait que la recourante a subi une première intervention en 2010, qui ne l'a pas empêchée de travailler à 100% dans son pays d'origine jusqu'à sa venue en Suisse. En ce qui concerne le volet psychiatrique, il est rappelé que le Dr L_____ a diagnostiqué un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, sans influence sur la capacité de travail. Cette évaluation a été rendue en pleine connaissance de l'anamnèse, y compris du traitement prescrit. Pour le reste, il sera rappelé que le Dr C_____ n'est pas un spécialiste en psychiatrie et qu'il ne ressort pas de son attestation que sa patiente aurait débuté une prise en charge spécialisée avant le prononcé de la décision litigieuse.

S'agissant des autres documents produits par la recourante, la chambre de céans observera que l'expert orthopédique a dûment pris en considération la neurolyse du nerf médian du poignet gauche et du nerf ulnaire du coude gauche réalisée le 26 septembre 2022 dans son évaluation, comme l'atteste son diagnostic de status après une cure chirurgicale du tunnel carpien et une transposition antérieure du cubital gauche en 2022. Le compte-rendu opératoire du 2 octobre 2022 ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise. Il en va de même du compte-rendu opératoire du 21 août 2023 suite à la récurrence de compression du nerf médian du poignet droit et du compte-rendu opératoire du 15 mars 2024 suite à l'intervention au poignet droit en raison de la tendinite de De Quervain droite, étant rappelé que le Dr M_____ a diagnostiqué un status après libération du nerf médian dans le canal carpien droit à la fin de l'année 2023

et un status après une libération du tendon adducteur dans la gouttière radiale discale pour une tendinite de De Quervain en mars 2024. Les rapports d'ultrason de la main et du poignet gauches du 16 juin 2022, du coude et du poignet droits du 9 janvier 2023, d'IRM du poignet, de la main et du doigt droits du 26 avril 2023, et d'ultrason de la main et du poignet droits du 11 août 2023, antérieurs à ces diverses interventions, n'apportent donc aucun élément nouveau qui n'aurait pas été porté à la connaissance de l'expert somatique.

En revanche, l'IRM du poignet, de la main et du doigt droits réalisée le 13 août 2024 est postérieure à l'intervention du 15 mars 2024. Toutefois, le rapport y relatif mentionne à titre d'indication une recherche de fracture occulte suite à une chute quinze jours auparavant. Or, cet examen n'a révélé aucune lésion osseuse ou ligamentaire, ni argument en faveur d'une ténosynovite ou d'un syndrome de canal carpien. Seuls des kyste ont été observés. Ce document n'est donc pas non plus propre à remettre en cause les conclusions de l'expert.

S'agissant des rapports des HUG des 12 avril et 24 octobre 2024 relatifs à l'atteinte de l'épaule gauche, il est rappelé que l'intimé a admis les douleurs et limitations fonctionnelles passives et actives de cette articulation, et constaté que l'évolution avait été défavorable, malgré le traitement conservateur bien effectué et le traitement chirurgical invasif. En outre, le SMR a expliqué, dans son avis du 18 décembre 2024, que le geste réalisé, soit un bloc du nerf supra-scapulaire, ne présageait en aucun cas une aggravation de la symptomatologie de l'intéressée et ne changeait pas les contre-indications déjà retenues. Rien ne justifie de douter de cette appréciation. Partant, ces rapports ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

L'IRM cérébrale du 13 février 2024 s'est révélée dans la norme et n'atteste donc d'aucune pathologie invalidante.

En ce qui concerne les douleurs abdominales, les rapports relatifs au scanner de l'abdomen du 25 novembre 2023 et au CT-abdominal du 29 mai 2024 n'ont révélé aucune anomalie, et le Dr C._____ n'a d'ailleurs pas fait mention de ces examens ni signalé de troubles abdominaux.

Les radiographies de la hanche droite du 22 mai 2024 ont mis en évidence un « minime pincement articulaire », les radiographies du bassin du 4 juin 2024 une « très discrète place sclérotique » du versant iliaque de l'articulation sacro-iliaque droite, et l'échographie du pied inguinal et de la racine de la cuisse droite du 10 juin 2024 une hernie crurale droite intermittente. Ces constats radiologiques n'attestent pas d'une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de gain de l'intéressée. Cette dernière ne soutient au demeurant pas le contraire et son médecin traitant n'a pas non plus retenu d'affection aux niveaux de la hanche droite, du bassin, de l'articulation sacro-iliaque droite, ou encore de l'aîne.

7.1.3 La chambre de céans ne relève donc aucun indice concret permettant de douter du bien-fondé des conclusions de l'expertise, laquelle peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les experts ont noté, dans leur évaluation consensuelle, que la capacité de travail dans un métier adapté était de 80% (compte tenu d'une diminution de la performance de 20%) depuis janvier 2022 avec des incapacités d'un mois après la libération du nerf médian et du nerf cubital gauches en 2022, puis de 0% depuis fin 2023 et de 80% depuis juin 2024.

Il sied toutefois d'observer que l'expert orthopédique a indiqué, dans son propre rapport, que la recourante disposait, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, d'une capacité de travail de 0% depuis le 8 août 2020, de 80% (compte tenu d'une diminution de la performance de 20%), depuis janvier 2022 (soit à six mois après l'intervention de l'épaule), avec des incapacités d'un mois après les interventions pour les carpiens en 2022 et 2023, de 0% depuis la fin 2023 et de 80% depuis le mois de juin 2024. Il appert ainsi que les experts ont oublié de rappeler, dans leur rapport interdisciplinaire, la brève incapacité de travail d'un mois suite à l'opération pour la récurrence de compression du nerf médian du poignet droit en 2023 (*cf.* compte-rendu opératoire du 21 août 2023).

Le SMR a retenu, dans son avis du 30 août 2024, que la capacité de travail avait été de 0% dès le 8 août 2020, de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 1^{er} janvier 2022, de 0% dès le 29 juin 2022, de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 26 octobre 2022, de 0% dès le 14 août 2023 et de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès le 13 juin 2024.

La chambre de céans remarquera que le SMR semble avoir retenu par inadvertance la date du 29 juin 2022 au lieu du 26 septembre 2022, jour de la neurolyse à gauche (*cf.* compte-rendu opératoire du 2 octobre 2022). En outre, il aurait dû admettre une incapacité de travail d'un mois seulement après l'intervention du 14 août 2023, conformément aux conclusions de l'expert orthopédique. Le début de la nouvelle période d'incapacité totale de travail a été fixée par les experts à la fin de l'année 2023, non pas en raison de l'intervention précitée, mais en raison de la tendinopathie de De Quervain, pour laquelle une infiltration avait été réalisée en octobre 2023 et qui entraînait des répercussions sur la capacité de travail (*cf.* rapport du 28 décembre 2023 Dre I_____).

Cela étant, ces quelques imprécisions de dates n'ont aucune incidence sur l'issue du litige, la recourante ne présentant pas un degré d'invalidité suffisant pour avoir droit à une rente.

7.2 En ce qui concerne les empêchements dans les travaux manuels, la chambre de céans rappellera que le rapport d'enquête a été réalisé par une personne qualifiée, au domicile de l'intéressée, le 16 février 2023. L'enquêtrice a notamment interrogé la recourante sur la situation et l'organisation de la famille, a pris en considération les conditions du logement et les déclarations de l'intéressée

quant à la réalisation des différentes tâches domestiques, avant et après son atteinte à la santé. Elle a notamment indiqué que des adaptations pouvaient être réalisées, soit l'acquisition d'un aspirateur balai portable et d'un chariot à roulettes pour transporter les achats. Elle a également relevé que l'intéressée pouvait effectuer plusieurs tâches en les fractionnant, comme mettre la table, servir le repas ou débarrasser la table, ou encore nettoyer et ranger la cuisine. Elle pouvait également s'occuper de certains travaux en y consacrant plus de temps, comme effectuer l'entretien périodique du four ou du frigo. Elle a également rapporté que la recourante réalisait de nombreuses tâches avec le membre supérieur droit, à l'instar des travaux légers de l'entretien du logement, mais également certains travaux plus lourds tel que le nettoyage de la salle de bain. L'enquêtrice a constaté que l'intéressée était aidée par son époux et sa fille pour les activités qu'elle ne pouvait pas réaliser, notamment pour porter des ustensiles de cuisine lourds ou des sacs de courses, récuser l'appartement, changer les draps du lit, porter le linge, suspendre et dépendre les lessives.

Compte tenu de l'instruction médicale supplémentaire mise en œuvre par l'intimé suite à la contestation de la recourante, l'enquêtrice a été dûment informée des nouveaux diagnostics retenus et des limitations fonctionnelles qui en découlaient. Elle a été invitée à réévaluer la situation et a rendu un second rapport le 3 octobre 2024, aux termes duquel elle a conclu que les empêchements avant de réduire le dommage correspondaient à 24.7%, soit 6.23 heures, et indiqué que pour cette constitution familiale, le nombre d'heures retenues par semaine pour la tenue du ménage était de 25.54 heures. Il en résultait que les empêchements après l'obligation de réduire le dommage étaient nuls.

7.2.1 La recourante ne soulève aucune erreur d'estimation ni indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête.

Elle ne prétend pas non plus que sa situation familiale aurait changé suite à la visite de l'enquêtrice chez elle, et n'invoque pas que ses proches subiraient une perte de gain ou une charge excessive en raison de l'aide apportée.

7.2.2 Dans ces conditions, la chambre de céans ne peut que constater que l'enquête ménagère, dont le rapport est détaillé et motivé, constitue une base fiable de décision.

Partant, l'intimé était fondé à suivre les conclusions de l'enquête et à retenir que la recourante ne présentait aucun empêchement pour les travaux domestiques, et que son degré d'invalidité dans la sphère ménagère avait toujours été nul.

7.3 Enfin, la recourante n'émet pas la moindre critique à l'encontre du calcul du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle.

La chambre de céans se limitera par conséquent à relever que l'intimé a déterminé, à juste titre, le revenu sans invalidité sur la base des informations communiquées par le dernier employeur de la recourante, et le revenu avec

invalidité en se référant au tableau TA1_skill_level des ESS. Il a dûment actualisé ces salaires aux années déterminantes.

Les calculs de l'intimé peuvent donc être confirmés.

- 8.** Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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