



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4284/2019

ATAS/500/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, à Meyrin,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela
LINHARES

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1971, s'est établie en 2013 en Suisse. Elle y a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel.
2. Dans un rapport du 6 juin 2018 à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a fait état de cervico-brachialgies. L'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le 5 juin 2018.

Ce médecin a par la suite régulièrement prolongé les arrêts de travail de l'assurée jusqu'en novembre 2018.

3. Une radiographie et une échographie de l'épaule droite de l'assurée ont été réalisées le 7 juin 2018. Elles ont mis en évidence deux formations situées dans le plan sous-cutané, sans infiltration de la graisse en profondeur, l'une en regard de l'articulation acromio-claviculaire, la seconde en regard du tiers proximal de la clavicule droite. Ces deux lésions semblaient lipomateuses, sans que l'on puisse exclure une dégénérescence de manière formelle. Il n'y avait pas d'adénomégalie cervicale. La coiffe des rotateurs était d'aspect normal.
4. Une IRM de la colonne cervicale du 14 juin 2018 a révélé une protrusion discale postéro-latérale gauche en C5-C6 et une protrusion discale postéro-latérale droite en C6-C7, possiblement conflictuelles avec les racines sortantes C6 à gauche et C7 à droite. Le canal central était large. Il n'y avait pas d'arthrose facettaire.
5. Une IRM de l'épaule droite du 13 septembre 2018 a révélé une tendinose du supra-épineux sans déchirure transfixiante, une bursite sous-acromio-deltoïdienne sur arthrose acromio-claviculaire inflammatoire, et une volumineuse formation lipomateuse supra-claviculaire de 13 x 4 x 6 cm à droite, avec un réhaussement fibrillaire.
6. La doctoresse D_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a attesté un arrêt de travail complet de l'assurée dès le 1^{er} décembre 2018.
7. Le 28 décembre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé).
8. A la suite d'une consultation du 29 janvier 2019, le docteur E_____ spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'assurée avait subi une prise en charge infiltrative du segment C6-C7 droit. Elle présentait une hernie discale avec des symptômes de névralgie cervico-brachiale droite prédominante. La plainte essentielle était désormais cervicalgique. La deuxième séance d'infiltration avait été moins efficace que la première, avec une anesthésie du nerf sympathique durant l'infiltration. À 15 jours du geste, l'assurée décrivait une asymétrie de la sensation cutanée non systématisée au niveau de l'œil droit. Aucune anomalie de la sensibilité n'était objectivée à cet étage. Il n'y avait pas de nystagmus, pas d'anomalie de la mobilité oculaire, et l'examen neurologique était dans les limites de la norme.

L'examen retrouvait un Spurling négatif reproduisant des cervicalgies. Les manœuvres en flexion cervicale déclenchaient une cervicalgie retrouvée à la palpation en C6-C7. Un geste chirurgical pouvait être temporisé au vu du conflit de petite taille, mais un geste discal percutané pourrait être discuté. La symptomatologie était d'allure discogène et facettaire, sans irradiation brachialgique. L'assurée décrivait des douleurs essentiellement consécutives à l'activité, avec une cervico-scapulalgie bilatérale. Ce médecin préconisait une prise en charge posturale et conservatrice avec gainage, renforcement musculaire et physiothérapie.

9. Dans un questionnaire du 15 février 2019, l'employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière avait été à son service du 13 octobre 2014 au 31 octobre 2018. Il avait résilié les rapports de travail en raison d'une longue absence pour maladie. Sans invalidité, l'assurée réaliserait un revenu mensuel de CHF 3'470.-, l'employeur ne mentionnant pas de 13^{ème} salaire.
10. La Dresse D_____ a attesté que dès le 1^{er} mars 2019, l'assurée ne subissait plus d'incapacité de travail, avec toutefois les limitations suivantes : pas de port de poids de 10 kg répétitivement, pas de travail au-dessus de l'horizontale, et pas de rotation cervicale répétitive.
11. Dans un rapport reçu le 12 mars 2019 par l'OAI, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué que le traitement qu'il avait prodigué à l'assurée s'était achevé par l'ablation d'un volumineux lipome de l'épaule droite le 23 novembre 2018. Il avait attesté un arrêt de travail du 8 novembre au 1^{er} décembre 2018. La capacité de travail de l'assurée était totale dans l'activité habituelle, et le geste opératoire n'entraînait aucune limitation fonctionnelle. Il convenait de vérifier la capacité de travail avec le spécialiste en chirurgie orthopédique.
12. Dans son rapport du 14 mars 2019, la Dresse D_____ a indiqué que l'assurée lui avait été adressée en juin 2018 pour des cervicalgies aggravées depuis mars 2018, irradiant vers l'occipital et le territoire C7 à droite jusqu'au troisième doigt. Elle avait en outre des tremblements au niveau des jambes, non spécifiques, depuis début juin 2018. Une IRM cervicale du 14 juin 2018 montrait des protrusions C5-C6 et C6-C7. Vu la persistance des douleurs, une première infiltration avait été réalisée sur l'articulation postérieure C6-C7 et péri-radicaire C7 à droite, puis une deuxième infiltration péri-radicaire C7 droite en janvier 2019, avec une réduction de la douleur après la procédure mais une extravasation extra-foraminale avec une anesthésie sympathique transitoire. Après les infiltrations, l'assurée avait ressenti une amélioration, mais les douleurs revenaient à l'effort. L'évolution était plutôt rassurante. Un bilan de l'épaule droite avait révélé une tendinose du supra-épineux sans déchirure transfixiante et une bursite sous-acromio-deltoïdienne sur arthrose acromio-claviculaire inflammatoire, ainsi qu'une volumineuse formation lipomateuse. L'assurée avait subi une ablation du lipome, sans complications. Lors de la dernière consultation du 31 janvier 2019, les douleurs persistaient. Au vu de leur trajet peu spécifique, de leur persistance malgré le traitement et du résultat

négatif de l'infiltration, le pronostic était défavorable pour une intervention chirurgicale au niveau C6-C7 droit. L'assurée avait peu de douleurs au repos, mais des douleurs au niveau de la nuque et à l'épaule droite antérieure apparaissaient à la mobilisation. Les diagnostics étaient ceux de cervicalgies chroniques ; de status post-infiltration des articulations postérieures et péri-radiculaires C7 à droite ; d'omalgie droite ; de status après ablation d'un lipome sous-cutané à l'épaule et de status après hystérectomie en 2016. Le pronostic était favorable pour un travail respectant les limitations de la colonne cervicale. Du point de vue neurochirurgical, elle a confirmé les limitations fonctionnelles déjà indiquées. Un conflit psychologique n'était pas exclu. Lors de la dernière consultation, l'assurée paraissait très tendue et elle semblait rencontrer des difficultés sous stress. Elle ne consultait pas de psychiatre.

13. Dans son rapport du 20 juin 2019, la Dresse D_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assurée, qui souffrait de céphalées depuis la deuxième infiltration, à raison d'un épisode quotidien d'une heure. Elle devait alors se coucher et ne pouvait ensuite pas continuer ses activités. Les cervicalgies ne correspondaient pas à un dermatome clair. Elles étaient stables, sans amélioration après les infiltrations. Après l'ablation du lipome, le bilan histologique avait confirmé l'absence de malignité. Actuellement, le lumbago allait mieux. L'assurée avait décrit une nervosité et un stress, actuellement normalisés. Elle n'avait pas de suivi psychologique. La Dresse D_____ a confirmé les limitations fonctionnelles déjà posées. La capacité de travail de l'assurée était totale dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Au niveau supra-claviculaire, il n'y avait pas d'explication aux douleurs, sous réserve d'une IRM cérébrale à réaliser en raison des céphalées. L'assurée avait prévu de quitter la Suisse.
14. L'IRM et l'angio-IRM cérébrales du 21 juin 2019 se sont révélées dans les limites de la normale pour l'âge. Il y avait un comblement bilatéral liquidien non inflammatoire des cellules mastoïdiennes. L'artère vertébrale droite se terminait en artère cérébelleuse postéro-inférieure (PICA). Il n'y avait pas d'argument pour une hypotension intracrânienne ou une brèche durale. La cervicarthrose était superposable avec la discopathie harmonieuse C5-C6 et protrusive paramédiane droite C6-C7. Aucune uncarthrose significative n'était décelée.
15. Le 11 septembre 2019, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, refusant l'octroi d'une rente. Il a retenu que celle-ci avait subi une incapacité de travail de juin 2018 à février 2019. Le délai d'attente d'une année n'étant pas atteint, le droit à la rente n'était pas ouvert. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées, du fait que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.
16. Par décision du 21 octobre 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
17. L'assurée, par sa mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI par écriture du 21 novembre 2019. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à

l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à son audition, à l'audition des Dresses D_____ et C_____, à la mise en œuvre d'une expertise, et sur le fond à ce qu'il soit dit qu'elle présentait une invalidité totale et qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité.

Elle a allégué qu'elle avait subi un arrêt-maladie à la suite de la découverte d'une tumeur, dont elle avait dû être opérée. Après cette intervention, les médecins avaient découvert qu'elle souffrait de hernies discales. Elle ne pouvait plus travailler, en raison de douleurs très importantes, et avait dû mal à réaliser les gestes les plus élémentaires du quotidien.

18. Dans un mémoire complémentaire du 6 janvier 2020, la recourante a complété ses conclusions du 21 novembre 2019, en requérant subsidiairement le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et expertise. Elle a souligné que son dossier n'avait jamais été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Elle s'est référée à l'argumentation contenue dans sa précédente écriture, répétant qu'elle ne pouvait plus effectuer certains gestes du quotidien, et qu'elle avait des limitations fonctionnelles. Elle était toutefois apte à suivre des mesures de réinsertion. Elle a allégué être encore en arrêt-maladie.
19. Dans sa réponse du 4 février 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à l'avis du SMR du 21 janvier 2020, qu'il a produit, et aux termes duquel la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ses limitations n'étaient du reste pas très nombreuses, et consistaient en épargne du rachis cervical et de l'épaule droite. Elles permettaient par conséquent d'exercer bon nombre d'activités légères sédentaires ne nécessitant aucune formation particulière. Au vu des revenus perçus avant l'invalidité, même si un changement d'activité était nécessaire, il apparaissait que le salaire obtenu dans une activité adaptée ne serait pas inférieur à celui réalisé précédemment. En effet, dans une telle situation, il convenait de prendre en compte les salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS Ligne TA1) (*sic*).

Dans l'avis joint, la doctoresse G_____, médecin au SMR, a retenu que la recourante présentait des cervicobrachialgies et des atteintes cervicales, entraînant des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical. Dans un premier temps, le lipome géant avait participé aux douleurs, mais après son ablation, il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles à long terme. Par ailleurs, la recourante présentait une tendinopathie de l'épaule droite, dont les répercussions sur la fonction articulaire n'étaient pas connues, à défaut de documentation médicale les précisant. Toutefois, les limitations fonctionnelles de l'atteinte de l'épaule rejoignaient celles d'épargne du rachis cervical, hormis le port de charges qui serait limité à 5 kg avec le membre supérieur droit, au lieu de 10 kg avec les deux membres supérieurs. Ces limitations contre-indiquaient l'activité de femme de chambre depuis le 5 juin 2018 au moins. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière depuis toujours.

20. Par réplique du 8 mars 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle requerrait l'audition de ses médecins et la mise en œuvre d'une expertise. L'avis du SMR émanait d'une généraliste. Si cette dernière estimait n'être pas suffisamment renseignée sur les répercussions de la tendinopathie, elle devait demander des précisions aux médecins traitants. L'instruction de l'intimé était ainsi incomplète.
21. Après avoir convoqué les parties à une audience programmée le 30 mars 2020, la chambre de céans a annulé dite audience en raison des restrictions sanitaires imposées par le coronavirus.
22. La cause a ensuite 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).

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

2. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

En particulier, ses conclusions, malgré leur formulation, seront interprétées comme étant de nature condamnatoire. Elles sont dès lors recevables (cf. sur ce point ATF 129 V 289 consid. 2.1).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
4. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

5. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.
6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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, ATF 115 V 133 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. L'art. 16 LPGa prévoit 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGa), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure

aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

8. En l'espèce, la Dresse D_____ a admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante dès le 1^{er} mars 2019.

Si les rapports émanant de cette spécialiste ne contiennent certes pas tous les éléments nécessaires à une expertise pour se voir reconnaître valeur probante selon la jurisprudence, force est néanmoins de constater que la Dresse D_____ y a relaté l'anamnèse et les plaintes de la recourante, que ses diagnostics sont clairs et que les limitations fonctionnelles paraissent plausibles au vu des atteintes retenues. Il n'existe de plus aucun avis divergent quant à l'aptitude de la recourante à reprendre une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2019. Les arrêts de travail établis par la Dresse C_____ portent en effet sur une période antérieure. Le chirurgien ayant procédé à l'ablation du lipome a quant à lui uniquement attesté une incapacité de travail transitoire, qui s'est achevée le 1^{er} décembre 2018, et il a précisé que l'intervention pratiquée par ses soins n'entraînait aucune limitation fonctionnelle. Enfin, le Dr E_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail ou de gain de la recourante. Il n'existe ainsi aucune raison de s'écarter de la conclusion de la Dresse D_____, selon laquelle la recourante dispose d'une pleine capacité de gain dès le 1^{er} mars 2019 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'absence de document précisant les répercussions de l'atteinte à l'épaule sur la fonction articulaire, mentionnée par le médecin du SMR, ne suffit pas à retenir que la cause serait insuffisamment instruite au plan médical. En effet, la Dresse D_____ a bien tenu compte des découvertes de l'IRM de l'épaule droite, puisqu'elle a rapporté des douleurs de cette articulation et posé un diagnostic d'omalgie droite. En outre, ses limitations fonctionnelles excluent le travail au-dessus de l'horizontale. Le dossier établi par l'intimé ne paraît ainsi pas lacunaire

sur ce point. On peut toutefois se rallier aux limitations plus restrictives émises par la Dresse G_____, interdisant le port répétitif de charge de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit.

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise s'avère superfétatoire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il en va de même de l'audition des Dresses D_____ et C_____, dont la recourante ne précise du reste pas en quoi elle serait nécessaire, étant en outre souligné que c'est essentiellement sur l'avis de la première citée que l'intimé a fondé sa décision. Enfin, au vu des circonstances, la chambre de céans renoncera également à entendre la recourante, qui n'expose pas que son audition serait essentielle pour l'établissement des faits.

Cela étant établi, force est de constater que la décision litigieuse se fonde sur la prémisse erronée que la recourante aurait recouvré dès le 1^{er} mars 2019 sa pleine capacité de travail en qualité de femme de chambre. Or, comme l'intimé l'a implicitement admis dans sa réponse, cette activité n'est pas compatible avec les limitations fonctionnelles admises.

La recourante a subi une incapacité de travail totale de juin 2018 à février 2019, soit pendant une période inférieure au délai de carence d'un an, puis était capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un tel cas, il convient de comparer, au 1^{er} mars 2019, les revenus après et avant invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, l'ex-employeur a indiqué en 2019 que le revenu se serait élevé à CHF 3'470.- sans atteinte à la santé, soit CHF 41'640.- par an. Quant au revenu après invalidité, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité, il convient de se référer au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives (ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, niveau 1, ligne Total). En effet, cette valeur statistique s'applique aux assurés qui conservent une capacité de travail dans des activités simples et répétitives. Elle recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1). Ce revenu était de CHF 4'371.- par mois pour une femme en 2018. Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures, il représente CHF 54'681.- par année. L'évolution des salaires en 2019 n'étant pas encore connue, la chambre de céans n'indexera pas le revenu après invalidité, ce qui est favorable à la recourante. Même s'il fallait tenir compte de l'abattement maximal de 25 % sur le revenu après invalidité, ce qui le porterait à CHF 41'011.-, la perte de gain serait de 1.51 %. Cela s'avère insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

La décision de l'intimée doit ainsi être confirmée dans son résultat.

9. Le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, supporte l'émolument de procédure 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