

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1967, mariée, mère de deux enfants, est femme au foyer.
2. L'assurée a exercé une activité d'employée d'entretien pour B_____ SA du 2 janvier 2003 au 30 juin 2004 à raison de 10 heures par semaine et d'employée de maison/lingère pour C_____ SA (EMS D_____). Selon l'extrait de son compte individuel auprès de la caisse cantonale genevoise de compensation, l'assurée a travaillé pour C_____ SA de mai 2011 à mars 2012 et de janvier à décembre 2013.
3. Le 22 avril 2013, l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG a indiqué que l'assurée présentait un diagnostic de cancer du sein depuis 2013 et qu'une chimiothérapie était en cours.
4. Par communication du 23 avril 2013, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a pris en charge les frais d'une perruque en faveur de l'assurée.
5. Le 26 août 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
6. Le 19 septembre 2016, la doctoresse E_____, de l'unité oncogynécologique, a rempli un rapport médical AI attestant d'un carcinome canalaire invasif du sein droit, diagnostiqué en janvier 2013, nécessitant un traitement de chimiothérapie néo-adjuvante et une mastectomie et reconstruction mammaire ainsi qu'un an d'immunothérapie ; depuis octobre 2013, l'assurée bénéficiait d'une hormonothérapie ; elle était en rémission complète lors du dernier contrôle du 24 mai 2016, sans plaintes, hormis des douleurs, tensions mammaires et des douleurs articulaires (genoux et coudes) ; les certificats médicaux professionnels n'étaient pas réalisés par le service d'oncologie ; il convenait de se référer au médecin-traitant, la doctoresse F_____, FMH gynécologie et obstétrique.
7. Le 15 décembre 2016, la Dresse F_____ a indiqué à l'OAI qu'elle n'avait vu qu'une fois l'assurée en 2014 et qu'une fois en 2015 et qu'elle ne remplirait pas le questionnaire médical.
8. Une note de l'OAI du 16 décembre 2016 retient un statut de ménagère pour l'assurée dès lors que celle-ci avait cotisé comme personne sans activité lucrative et travaillé seulement de janvier à mars 2012 et en 2013 pour C_____ SA.
9. Le 18 mai 2017, le Dr G_____ du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a rendu un rapport médical final en relevant qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante retenue par les médecins spécialistes, ni de suivi par le médecin-traitant.
10. Par projet de décision du 26 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le SMR ne retenait aucune atteinte à la santé durablement incapacitante.
11. Le 29 juin 2017, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle s'opposait au projet de décision du 26 mai 2017.

La Dresse F_____ n'était pas sa médecin-traitante. Il s'agissait des Drs H_____, FMH médecin praticien, et I_____, FMH médecine générale, et le Dr H_____ avait établi des arrêts de travail. Son état de santé s'était péjoré suite à une intervention pour un polype et au traitement prescrit, qui entraînaient des effets secondaires l'empêchant de reprendre son activité de femme de ménage ; elle contestait le statut de femme au foyer dès lors qu'elle avait dû cesser son emploi de lingère à l'EMS D_____ en raison de son état de santé (fatigue croissante). Si sa santé n'avait pas décliné, elle aurait continué à travailler jusqu'à un 100%, ses enfants ayant grandi. Même si elle avait un statut de ménagère, une enquête à domicile aurait dû être effectuée. L'instruction était lacunaire. Elle a communiqué les pièces suivantes :

- un certificat médical non daté mais reçu le 30 juin 2017 par l'OAI, du Dr H_____, attestant d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 1^{er} juillet 2012 au 30 septembre 2017 ;
 - un rapport du 6 juin 2017, du service d'oncogynécologie des HUG, mentionnant un diagnostic de polype endo-utérin et une prise en charge pour une polypectomie versus cure de synéchie et endométréctomie partielle par hystérocopie ;
 - un certificat du 21 juin 2017 de la doctoresse J_____, médecin interne aux HUG, mentionnant un suivi de l'assurée au minimum trimestriel suite à une grave maladie et un traitement avec des effets secondaires limitant la reprise d'un travail de femme de ménage.
12. Le 11 septembre 2017, la Dresse K_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel il convenait de compléter l'instruction médicale.
13. Le 3 octobre 2017, le Dr H_____ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostic de cancer du sein opéré en 2013 et polypectomie en 2017. Il suivait l'assurée depuis janvier 2016 ; l'assurée était sous chimiothérapie et hormonothérapie et l'incapacité de travail était totale depuis 2013 ; l'assurée n'était pas apte à travailler ; la capacité de concentration, d'adaptation et la résistance étaient limitées ; elle était apte à se déplacer mais accompagnée. Il a communiqué une attestation médicale de la Dresse E_____ du 30 mars 2016 selon laquelle l'assurée avait suivi un lourd traitement de chimiothérapie, une chirurgie incisive et une hormonothérapie ; elle était actuellement sous traitement de Tamoxifer pour cinq ans, avec passablement d'effets secondaires et était en incapacité de travail totale.
14. Le 23 octobre 2017, le Dr I_____ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostic de carcinome canalaire invasif G2 multicentrique du sein D janvier (illisible), lombalgies chroniques (2014), épitrochléite modérée du coude gauche. L'assurée se plaignait essentiellement de lombalgies et épitrochialgies du coude gauche. Elle était limitée dans le port de charges. On pouvait s'attendre à une

reprise de travail à 100% pour l'activité de ménage dès le 1^{er} novembre 2017. Le début de la longue maladie datait de janvier 2013.

15. Le 10 juillet 2018, la Dresse K_____ du SMR a rendu un rapport final selon lequel la seule plainte de l'assurée était des polyarthralgies (symptôme fréquemment lié à l'hormonothérapie). L'incapacité de travail totale était justifiée de janvier 2013 à mai 2016, moment où l'assurée était considérée en rémission complète. Le SMR n'avait pas de raisons de s'écarter de l'avis des Drs E_____ et I_____. Comme eux, il considérait qu'à ce jour la capacité de travail était entière dès mai 2016.
16. Une note de travail de l'OAI du 11 juillet 2018 mentionne que la demande de moyen auxiliaire du 25 mars 2013 vaut demande de droit à la rente, de sorte que celui-ci est ouvert dès janvier 2014.
17. Une note de statut complémentaire du 11 juillet 2018 mentionne que le statut de l'assurée, qui travaillait à l'EMS D_____ comme lingère, est celui d'active et non pas de ménagère.
18. Par décision du 9 novembre 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2014 au 31 juillet 2016, en considérant qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale du 1^{er} mars 2013 au 30 avril 2016.
19. Le 10 décembre 2018, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 9 novembre 2018, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2014, non limitée dans le temps. Elle fait valoir qu'elle n'était pas apte à travailler dès le 1^{er} mai 2016, qu'il n'y avait pas de rémission dès cette date, qu'un nouveau polype avait d'ailleurs été détecté et traité en 2017, que la Dresse E_____ ne s'était pas prononcée sur sa capacité de travail et que le Dr I_____ attestait d'une reprise de travail seulement au 1^{er} novembre 2017, sans totalement préciser à cet égard clairement s'il s'agissait d'une capacité de travail dans la sphère professionnelle ou privée. Elle a communiqué :
 - un certificat du docteur L_____, médecin interne à l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG, du 1^{er} octobre 2018, selon lequel elle était suivie aux HUG à un rythme semestriel suite à une grave maladie et était sous traitement avec des effets secondaires qui empêchaient une reprise de travail comme femme de ménage ;
 - un rapport du Dr H_____ du 21 novembre 2018 certifiant qu'il la suivait suite à une grave maladie et qu'elle prenait des médicaments avec des effets secondaires l'empêchant de reprendre son travail.
20. Le 11 janvier 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que la Dresse E_____ avait indiqué en septembre 2016 une rémission complète de l'atteinte à la santé.
21. Le 15 février 2019, l'assurée a répliqué en relevant que le rapport du 19 septembre 2016 de la Dresse E_____ était très succinct, que celle-ci n'indiquait pas une

capacité de travail depuis mai 2016 mais seulement une rémission complète lors du contrôle du 24 mai 2016 (soit une absence de cellules cancéreuses dans l'organisme) et mentionnait de façon erronée que la Dresse F_____ était sa médecin-traitante. L'OAI ne pouvait se fonder sur ce rapport médical ; un nouveau polype avait dû être traité en 2017. Elle persistait dans son recours et sollicitait subsidiairement que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour nouvel examen. Elle a produit :

- un rapport médical du 10 janvier 2019 du Dr H_____ selon lequel, en 2016, elle avait subi une chirurgie invasive (polypectomie versus cure de synéchie et endométréctomie partielle par hystéroscopie), suivie par une hormonothérapie (Tamoxifen et Aromasin). Ces médicaments étaient connus par leurs effets secondaires invalidants (céphalées, nausées, vertiges, fatigue générale, douleurs musculo-articulaire, obnubilation et troubles sensoriels) ; actuellement, l'assurée se plaignait de nausées et vertiges, manque de concentration, état de fatigue générale, lombalgies chroniques, « en autre » ; elle souffrait d'un état dépressif ; devant ce tableau sombre, il confirmait que son état ne lui permettait pas de reprendre une activité lucrative, contrairement à la décision du SMR qui pensait que le cas était en rémission totale ;
- un rapport du centre du sein, maternité HUG, du 21 janvier 2019, du Dr L_____ selon lequel l'assurée présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, des raideurs et douleurs articulaires ainsi qu'une asthénie ; les lombalgies et l'épitrôchléite du coude gauche entraînaient une incapacité de travail ; le traitement actuel augmentait les douleurs articulaires, avec diminution de la mobilité ; il fallait discuter avec l'assurée et son médecin de famille au sujet d'une activité adaptée ; la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle ; pour le reste, cela dépendait de l'activité adaptée ; les limitations fonctionnelles étaient : mobilité limitée du fait des raideurs et douleurs articulaires.

22. Le 11 mars 2019, l'OAI a dupliqué en maintenant ses conclusions. Il a communiqué un avis de la Dresse K_____ du 28 février 2019, selon lequel les lombalgies avaient déjà été prises en compte par le SMR ; pour ce qui était du volet psychiatrique (le Dr H_____ évoquait un état dépressif), aucun suivi spécialisé ni traitement n'était mentionné. Les réponses du centre du sein étaient vagues et il ne se prononçait pas clairement sur la capacité de travail de l'assurée. La capacité de travail à 100% dès mai 2016 était confirmée.

23. Le 8 avril 2019, la chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Suite à mon opération de 2013 j'ai été sous un traitement d'hormonothérapie que je prends encore actuellement sauf que mon médecin la modifié en me donnant un médicament plus fort que l'ancien il y a une année et demie. Ce médicament à des effets secondaires, soit des douleurs aux

muscles, aux articulations, avec des sensations de faiblesse et de la fatigue. Je dois souvent me coucher pendant environ trois heures pour récupérer. Je dois prendre ce médicament pendant encore quelques années. Je dois voir avec mon médecin, c'est lui qui décidera. J'ai d'abord pris du Tamoxifen pendant cinq ans, puis pendant trois mois un médicament qui était trop fort et actuellement je suis sous Aromasine, qui est un médicament plus fort que le Tamoxifen. Je prends aussi de la vitamine D. J'ai été aussi opéré d'un polype en 2016, je ne sais pas s'il était cancéreux. Je n'ai pas eu de traitement suite à cette opération. Je me sens totalement incapable de travailler encore actuellement car je dois souvent être alitée et je n'arrive rien à porter. J'ai aussi des douleurs dans tous les muscles du corps et des articulations. Je n'ai pas vu le Dr I_____ depuis que j'ai commencé mon traitement d'Aromasine, en revanche, je suis suivie par le DR H_____, qui est mon médecin généraliste, et la maternité des HUG, où je consulte tous les trois mois. Je ne sais plus quand j'ai vu le Dr I_____ pour la dernière fois, je n'ai pas le souvenir d'avoir discuté avec lui d'une incapacité de travail depuis novembre 2017. J'ai la mémoire courte depuis que je prends des médicaments. Je ne vois plus le Dr F_____. Je vois le Dr L_____. Je prends aussi un médicament contre le cholestérol.

Je travaillais comme femme de ménage/lingère à l'EMS D_____. C'était un travail très physique, très lourd. Je ne serais pas capable d'effectuer cette activité aujourd'hui. Je ne me sens pas capable non plus d'effectuer un travail plus léger à cause des médicaments. Vous me dites que le Dr L_____ n'exclut pas une capacité de travail dans une activité adaptée. En raison de mes troubles de mémoire je ne peux pas vous dire si j'en ai discuté avec lui ou pas. Je veux bien travailler mais je sais que je n'en suis pas capable. L'opération de reconstruction mammaire a duré 9h30. Une autre opération est prévue au niveau du mamelon. Mon cancer est stabilisé. On ne m'a pas détecté d'autre cellule cancéreuse. »

L'avocate de la recourante a déclaré : « C'est moi-même qui ait envoyé le questionnaire au Dr L_____ au début de cette année. Il me l'a renvoyé par fax le 21 janvier 2019. »

La représentante de l'OAI a déclaré : « Nous maintenons notre décision constatant une capacité de travail de la recourante dans toute activité dès mai 2016. »

24. A la demande de la chambre de céans, les médecins traitants de l'assurée ont donné des renseignements complémentaires.

- Le 1^{er} mai 2019, le Dr I_____ a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 15 avril 2013, qu'il l'avait vue la dernière fois le 14 février 2019 et qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail en mai 2016, dans son activité habituelle de nettoyeuse, mais sans port de charges lourdes supérieures à 10 kg. Il a posé les diagnostics de lombalgies communes chroniques modérées, épitrochléite gauche intermittente, hyperlipidémie traitée, status post chirurgie, chimio, immuno et hormonothérapie pour cancer du sein droit en 2013, rémission complète depuis lors, assurée sous hormonothérapie anticancéreuse.

-
- Le 9 mai 2019, le Dr H_____ a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis janvier 2010, qu'elle prenait un traitement médicamenteux qui avait des effets secondaires (céphalées, nausées, vertiges, fatigue générale, douleurs musculo-articulaires, manque de concentration, obnubilation et troubles sensoriels). La capacité de travail était nulle dans l'activité de nettoyeuse. Il se demandait quel travail plus facile on pouvait lui proposer ; les effets secondaires et la maladie constituaient des limitations fonctionnelles invalidantes et il n'était pas d'accord avec l'appréciation du SMR. Sa capacité de travail était nulle, comme la Dresse SAUR, des HUG, l'avait aussi estimée. Il a posé les diagnostics de statu post opératoire d'un carcinome canalaire invasif du sein droit (2013), statu post chirurgie invasive (2016), douleurs musculo-articulaire résiduelles, état dépressif : l'assurée refusait de consulter un psychiatre en disant « je ne suis pas folle, ma tête est bien mais mon corps est malade ».

Le 2 août 2019, la docteure M_____, médecin interne du centre du sein, maternité HUG, a attesté que l'assurée avait subi une mastectomie et une chimiothérapie en 2013, suivis d'une immunothérapie de février 2013 à mai 2014 (trastuzumab) et ensuite d'un traitement antihormonal (taxatifère, létrozole et exémestone), toujours en cours. Elle présentait depuis le début du traitement par tamoxifène des douleurs ostéo-articulaires invalidantes au niveau des mains et au niveau des poignets, raison pour laquelle le traitement antihormonal avait été à plusieurs reprises modifié afin de réduire les effets indésirables. La durée totale du traitement par inhibiteur de l'aromatase envisagé était pour un minimum de deux ans jusqu'à cinq ans en fonction de la tolérance de ce dernier. Concernant l'incapacité de travail de l'assurée depuis mai 2016 elle était en lien avec les douleurs ostéo-articulaires induites par le traitement antihormonal débuté à partir du mois d'octobre 2013 et toujours en cours. Au vu de ses douleurs, l'assurée n'est pas apte à reprendre son activité habituelle de nettoyeuse mais une activité adaptée à son état de santé et notamment à ses douleurs ostéoarticulaires pourrait être envisagée. Concernant les limitations fonctionnelles retrouvées lors de la dernière consultation en avril 2019, l'assurée présentait une limitation de la mobilité des poignets et des mains en lien avec ses douleurs, avec une difficulté dans les soulèvements d'objets lourds ou d'activités qui demandaient des performances physiques élevées en terme d'effort et de durée. Une reprise progressive de l'activité de travail était envisagée, avec des activités adaptées aux limitations fonctionnelles, à établir et discuter avec l'assurée. Une majoration de l'activité professionnelle serait rediscutée par la suite, en fonction de l'état général de l'assurée.

25. Le 9 septembre 2019, la recourante a observé que les Drs H_____ et M_____ l'estimaient incapable de travailler ; quant au Dr I_____, il ne s'était pas entretenu avec elle au sujet de son cancer en février 2019, il ne mentionnait en outre pas la

chirurgie subie en 2017 de sorte qu'on pouvait douter de sa connaissance suffisante du dossier pour pouvoir se prononcer sur sa capacité de travail.

26. Le 4 septembre 2019, la Dresse K_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel le Dr H_____ considérait qu'aucune capacité de travail n'était exigible, mais sans élément médical objectif ; au vu de l'avis du Dr M_____, le SMR revoit sa position et estimait que la capacité de travail de l'assurée était, depuis mai 2016, nulle comme nettoyeuse et lingère mais de 100 % dans une activité adaptée.
27. Le 27 septembre 2019, l'OAI a conclu à ce que la capacité de travail soit reconnue à un taux de 100 % dans une activité adaptée depuis mai 2016 et à ce que le dossier lui soit renvoyé pour calcul du degré d'invalidité et nouvelle décision.
28. Le 31 octobre 2019, la Dresse M_____ a transmis une copie de son rapport médical du 2 août 2019.
29. Le 5 novembre 2019, la chambre de céans a demandé à la Dresse M_____ des renseignements complémentaires.

Le 7 février 2020, la doctoresse N_____ et le docteur O_____, médecin adjoint responsable de l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG ont répondu à la demande de renseignements précitée en indiquant que l'assurée était sous inhibiteur de l'aromatase en mai 2016 ; elle présentait depuis le début du traitement par hormonothérapie (février 2013) des douleurs ostéo-articulaires invalidantes au niveau des mains et plus précisément au niveau des poignets, raison pour laquelle elle se trouvait en incapacité d'effectuer convenablement son travail (nettoyeuse). Concernant l'incapacité de travail depuis mai 2016, elle était en lien avec ses douleurs ostéo-articulaires induites par son traitement antihormonal. Ses douleurs ostéo-articulaires étaient stables et ne s'étaient pas améliorées avec le temps, raison pour laquelle l'assurée n'avait pu bénéficier d'une reprise adaptée en mai 2016. Les douleurs ostéo-articulaires invalidante étaient stables et n'évoluaient plus. Au vu de ses douleurs, l'assurée n'était pas apte à reprendre son activité habituelle de nettoyeuse ; les limitations fonctionnelles mises en évidence étaient une diminution de l'amplitude articulaire de la mobilité et de la force de saisie des poignets et des mains droite et gauche avec des difficultés notamment dans le soulèvement d'objets lourds ou des activités qui demandaient des performances physiques élevées en terme d'effort et de durée. Au vu de la persistance des douleurs ostéo-articulaires, l'assurée ne pouvait pas exercer une activité, même adaptée, à 100 %.

30. Le 13 mars 2020, la Dresse P_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel l'hystérectomie (polypectomie de l'utérus et une endométriose) survenue en juin 2017 n'était pas une opération invasive et entraînait une incapacité de travail inférieure à un mois. Sur la base des derniers rapports médicaux, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges régulier limité à 5 kg, pas de mouvements répétitifs ou en force avec les mains et poignets, et pas de

mouvements au-dessus de l'horizontale. Dans une activité strictement adaptée, d'un point de vue médicothéorique, la capacité de travail était entière.

31. Le 16 mars 2020, la recourante a observé que les Drs O_____ et N_____ estimaient que la reprise d'une activité professionnelle à 100 % dans un poste adapté n'était pas envisageable en raison de la persistance de douleurs ostéo-articulaires dues au traitement. Ils ne se prononçaient toutefois pas sur l'existence d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.
32. Le 24 mars 2020, l'OAI a maintenu ses conclusions.
33. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2016.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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

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

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

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

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. 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 Nr. 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
12. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

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

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

13. a. En l'occurrence, l'intimé a considéré que la recourante était totalement incapable de travailler du 1^{er} janvier 2014 jusqu'au 30 avril 2016, dans toute activité et capable, dès le 1^{er} mai 2016 d'exercer une activité à 100 %, adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit sans port de charges de plus de 5 kg, sans mouvements répétitif ou en force avec les mains et poignets et sans mouvements au-dessus de l'horizontale.

La recourante conteste être totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2016.

La chambre de céans constate cependant que les rapports médicaux des médecins traitants de la recourante ne permettent pas d'exclure une capacité de travail totale de celle-ci dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que retenue par l'intimé. Le Dr L_____ a attesté d'une capacité de travail nulle de la recourante comme femme de ménage mais a réservé la possibilité d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (mobilité limitée du fait des raideurs et douleurs articulaires – avis des 1^{er} octobre 2018 et 21 janvier 2019). Sa position rejoint ainsi celle du SMR. Il en est de même de celle du Dr I_____, lequel a même considéré que la recourante était capable de travailler à 100 % dans toute activité, sans port de charge supérieures à 10 kg (rapport du 1^{er} mai 2019). La Dresse M_____ a également estimé qu'une activité adaptée était possible, moyennant une reprise progressive, sans toutefois discuter la date du début de l'aptitude à la réadaptation. Elle évoque des limitations fonctionnelles (limitation de la mobilité des poignets et des mains, pas de port de charges lourdes, pas d'activité demandant des performances physiques élevées en terme d'effort et de durée – rapport du 2 août 2019), lesquels ont été reprises par le SMR dans l'évaluation de la capacité de travail exigible de la recourante depuis mai 2016 (avis du SMR du 13 mars 2020). Il en est de même de la position des Drs O_____ et N_____, lesquels ont mentionné des limitations fonctionnelles (douleurs ostéoarticulaires, diminution de l'amplitude articulaire des coudes, des épaules, des poignets, avec diminution de la force de saisie, pas de port de lourdes charges ni de performance physique élevée – rapport du 7 février 2020) qui ont été prises en compte par le SMR (avis du 13 mars 2020).

Au vu de ce qui précède, aucun élément médical probant n'a été amené par les médecins traitants précités qui permettraient de mettre en doute une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 1^{er} mai 2016. L'affirmation qu'une reprise de travail n'est envisagée que de manière progressive en août 2019 ou que la recourante ne peut pas exercer une activité adaptée à 100 % (sans même se déterminer sur une éventuelle capacité de travail partielle exigible) ne suffit pas à remettre en cause la capacité de travail retenue par le SMR.

Certes, le Dr H_____ considère que la recourante est totalement incapable de travailler (rapports des 10 janvier 2019 et 9 mai 2019), au motif que le traitement médicamenteux entraîne des effets secondaires (céphalées, nausées, vertiges, fatigue générale, douleurs musculo-articulaires, manque de concentration, obnubilation et troubles sensoriels). Cependant, les médecins spécialistes du centre du sein des HUG ont retenu que les effets secondaires du traitement médicamenteux qu'ils ont prescrit se limitaient à des douleurs ostéo-articulaires (rapports des 2 août 2019 et 7 février 2020). Les autres symptômes mentionnés par le Dr H_____ semblent relever du trouble psychique qu'il évoque, soit un état dépressif (rapport des 10 janvier 2019 et 9 mai 2019), lequel n'a cependant pas fait l'objet d'un suivi médical spécialisé et n'a pas été dûment documenté. En outre, ce trouble psychique est évoqué par le Dr H_____ en janvier 2019, soit postérieurement à la date de la décision litigieuse (le 9 novembre 2018), de sorte qu'il ne saurait être pris en compte dans l'examen du bien-fondé de cette dernière (ATF 144 V 210).

b. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir une capacité de travail totale de la recourante dès le 1^{er} mai 2016, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comme proposé par l'intimé, la cause lui sera renvoyée afin qu'il effectue le calcul du degré d'invalidité de la recourante, en déterminant notamment le revenu d'invalidité exigible de la recourante depuis le 1^{er} mai 2016 et rende une nouvelle décision.

14. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouveau calcul du degré d'invalidité de la recourante depuis le 1^{er} mai 2016, en prenant en compte une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
15. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 novembre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé .
7. 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