

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4687/2019

ATAS/660/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 août 2020**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-LANCY

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Par demande datée du 12 avril 2019 et reçue le 14 mai 2019 par l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé), Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1972, dont la dernière activité lucrative avait été celle de nettoyeuse d'entretien, a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).
2. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, ont été recueillis les documents médicaux qui suivent :

- a. Au plan gynécologique, dans un rapport établi le 27 novembre 2018 à la suite d'une IRM pelvienne du 27 novembre précédent, le docteur B\_\_\_\_\_, radiologue FMH, a conclu à un status après hystérectomie, à un important remaniement inflammatoire au regard du dôme vaginal et à un kyste ovarien droit de 22 mm de diamètre, d'aspect non compliqué.

Dans un questionnaire rempli le 24 mai 2019 avec une écriture difficilement lisible, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au service de gynécologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a mentionné des douleurs post-opératoires après une hystérectomie pratiquée le 30 octobre 2018, la capacité de travail étant, « d'un point de vue strictement gynécologique », de 100 % dans l'activité habituelle de nettoyeuse et dans une activité adaptée depuis une date illisible.

- b. Au plan orthopédique, dans un questionnaire complété le 13 juin 2019, la docteure D\_\_\_\_\_, médecin praticienne FMH et médecin traitante, a diagnostiqué, comme ayant une incidence sur la capacité de travail, un conflit sous-acromial avec arthrose « acromio-claviculaire » droite, diagnostic déjà indiqué dans un rapport que lui avait adressé le 29 mars 2019 le docteur E\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH qui avait vu l'assurée le 27 mars précédent en raison de plaintes pour des douleurs insupportables et constantes à l'épaule droite apparues plus d'un mois auparavant sans notion de traumatisme, étant précisé que ce spécialiste avait réalisé un ENMG confirmant complètement son syndrome du tunnel carpien et avait proposé une arthroscopie de l'épaule droite avec acromioplastie et résection acromio-claviculaire associée à un geste de cure du tunnel carpien. Selon la Dresse D\_\_\_\_\_, l'activité actuelle de la patiente était celle de femme de ménage. Le 100 % du nombre d'heures de travail par jour pouvait être attendu de l'assurée dans une activité adaptée, sans obstacles à sa réadaptation, mais avec limitations dans les tâches ménagères qu'étaient la tenue du ménage, le nettoyage et la préparation des repas. Toutefois, au début du questionnaire, la médecin praticienne avait conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, pour une maladie ayant commencé le 7 mars 2019, avec une limitation totale à l'épaule et au poignet droits.

Dans un questionnaire adressé le 18 juin 2019 à La Mobilière, assurance-maladie collective de l'ancien employeur, la Dresse D\_\_\_\_\_ a fait état de douleurs très

fortes à l'épaule droite encore présentes ainsi que d'une limitation de la mobilité sur cette partie du corps. Le traitement consistait en des analgésiques et en de la physiothérapie. La capacité de travail avait été nulle du 7 mars au 13 juin 2019, et il n'était pas possible que l'intéressée travaille en ce moment.

3. Dans un avis du 24 octobre 2019, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), par le docteur F\_\_\_\_\_, a relevé ce qui suit : à la suite de douleurs persistantes à l'épaule droite, l'assurée avait bénéficié d'une arthroscopie effectuée par le Dr E\_\_\_\_\_, l'évolution post-opératoire étant partiellement favorable, avec persistance de douleurs et de limitations fonctionnelles à l'épaule droite ; dans son rapport du 13 juin 2019, la Dresse D\_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de conflit sous-acromial avec arthrose « sternoclaviculaire » droite, attestait « une capacité de travail nulle pour l'ancienne activité trop physique » mais pleine dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite. D'après le SMR, au vu du type d'atteinte sans complication particulière et du rapport de la médecin traitante, il fallait considérer que la capacité de travail était définitivement nulle dans l'ancienne activité, de femme de ménage, depuis le 15 août 2018, mais, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite, à savoir pas de port de charges de plus de 5 kg du côté droit, pas de travail avec le bras droit au-dessus de la ligne des épaules et pas de manutention ni d'effort avec l'épaule droite, la capacité de travail était toujours restée pleine, hormis de façon très temporaire, pendant deux mois post-opératoires.
4. Par projet de décision du même jour adressé à l'assurée, l'OAI a envisagé le rejet de la demande de celle-ci, soit le refus d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

Selon ce projet, le statut d'assuré retenu était mixte, c'est-à-dire celui d'une personne se consacrant à 74 % à son activité et, pour les 26 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

À l'issue de l'instruction médicale, était reconnue une incapacité de travail durable de 100 % dans l'activité habituelle de l'intéressée, dès le 15 août 2018 (début du délai d'attente d'un an), mais, sa capacité de travail était, dès cette même date, entière dans une activité adaptée à son état de santé.

Les informations recueillies avaient permis de constater que l'atteinte à la santé de l'intéressée lui permettait de maintenir une qualité de vie correcte et qu'il n'y avait aucune influence sur l'accomplissement des travaux habituels. Partant, la réalisation d'une enquête ménagère s'était révélée superflue.

Il ressortait d'une comparaison des gains effectuée le même 24 octobre 2018 par un service de l'OAI que, compte tenu de sa capacité de travail résiduelle, le revenu de l'assurée sans invalidité se montait à CHF 27'834.-, et avec invalidité à CHF 49'540.-, de sorte qu'il n'y avait aucune perte de gain et, partant, aucune invalidité.

---

Il est ici précisé que le document « Détermination du degré d'invalidité » établi le 24 octobre 2019 par un service de l'OAI retient un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 20'597.- et un revenu brut avec invalidité de CHF 49'540.- sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour une durée hebdomadaire de 41,7 heures et après une réduction de 10 %.

5. Après la communication de ce projet de décision, l'OAI a reçu divers documents médicaux.

Selon un rapport du 3 octobre 2019 du docteur G\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, après l'opération en mai 2019 de l'épaule droite, l'assurée se plaignait toujours de douleurs permanentes, éventuellement même accentuées par rapport à la symptomatologie antérieure à l'opération. À l'examen clinique, la coiffe supérieure et l'acromioclaviculaire étaient douloureuses, et il n'y avait pas de signe inflammatoire évident, ni de déficit neurologique. Des examens complémentaires montraient une résection de la partie inférieure de l'acromioclaviculaire et confirmaient la présence d'une bursite sous-acromiale et d'une inflammation dans la région de la résection acromio-claviculaire, mais pas d'évidence de lésion de la coiffe des rotateurs significative bien que des remaniements existaient. Était préconisée dans un premier temps une « infiltration-test » ; en cas d'absence d'amélioration, il y aurait lieu de rechercher une éventuelle atteinte cervicale ou même une atteinte infectieuse à germe peu agressif.

À teneur d'un « rapport médical détaillé » selon une formulation préconisée par un règlement de l'Union européenne, rempli le 7 octobre 2019 par la Dresse D\_\_\_\_\_, l'intéressée ne pouvait à aucun taux exercer « la dernière activité exercée », mais elle pouvait accomplir au taux de 50 % « un travail adapté », pour lequel était à proscrire « le travail posté », « la flexion, le levage et le port de charges fréquents » ainsi que « le travail de nuit », avec une diminution de la capacité au bras droit, ces restrictions étant permanentes depuis le 9 mai 2019. Une amélioration de la capacité de travail passerait par une réadaptation professionnelle.

Des rapports des 20 et 21 août ainsi que du 9 octobre 2019 établis par le docteur H\_\_\_\_\_, radiologue FMH au Centre Jean-Violette, portaient, respectivement, sur une IRM de l'épaule droite, une « IRM mains du poignet droit » et une « infiltration de l'articulation acromio-claviculaire et de la bourse sous-acromio-deltoïdienne droite sous contrôle échographique continu ». Concernant l'IRM de l'épaule droite, ce radiologue concluait à un « statut post-résection chirurgicale au niveau de l'articulation acromio-claviculaire avec un important œdème osseux prenant le contraste, un épanchement épaissement de sa capsule articulaire (à corrélérer avec le statut chirurgical) », de même qu'à une « minime déchirure de la face bursale du tendon sus-épineux avec une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée sans argument pour une déchirure transfixiante ».

6. Par décision du 3 décembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée, pour les mêmes motifs que ceux de son projet de décision.

- 
7. Par acte posté le 16 décembre 2019, l'assurée a informé l'OAI qu'elle venait d'être « opérée pour la deuxième fois avec l'acromioclaviculaire droit sans même en connaître le résultat ».
  8. Cet acte ayant été transmis le 19 décembre 2019 par l'OAI à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) et cette dernière ayant accordé un délai au 24 janvier 2020 à l'intéressée pour compléter son recours, celle-ci a, par écrit du 20 janvier 2020, indiqué que le dépôt de son acte faisait suite à une impossibilité dérivée de sa santé. Elle avait été opérée le 11 décembre 2019 et elle récupérait encore à la fois la mobilité et la force. Cette situation était appuyée par la preuve annexée. À ce jour, elle n'était en mesure de suivre aucun cours d'intégration professionnelle. Compte tenu de son état de santé, elle signait son « appel ».

Parmi les pièces jointes à cette écriture, dans un rapport du 21 octobre 2019, le Dr G\_\_\_\_\_, à la suite d'un bilan récemment réalisé, ne constatait pas de lésion de la coiffe des rotateurs, mais une résection de la clavicule distale beaucoup trop courte, et relevait qu'après une infiltration de l'articulation acromioclaviculaire, avec un anesthésique local, la situation s'était amendée pendant plusieurs heures, à la grande satisfaction de la patiente, une indication à reprendre la résection de la clavicule étant ainsi posée.

Un avis de sortie du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG du 12 décembre 2019 indiquait une résection du centimètre externe de la clavicule droite (intervention chirurgicale) effectuée la veille, en préparait la suite et posait le diagnostic principal d'arthropathie acromioclaviculaire droite.

9. Dans sa réponse du 19 février 2020, l'intimé a conclu à titre principal au renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire.

En effet, il avait soumis au SMR l'avis de sortie des HUG du 12 décembre 2019, le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2019 et le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ après l'IRM de l'épaule droite du 20 août 2019.

Selon l'avis du SMR, signé par la doctoresse I\_\_\_\_\_, le même jour, aux conclusions duquel l'OAI se ralliait intégralement, ces documents médicaux montraient que l'état de santé de l'assurée après l'opération de mai 2019 n'avait pas été favorable, motivant une deuxième opération sur l'épaule droite en décembre 2019. Ainsi, contrairement à ses conclusions du 24 octobre 2019, le SMR considérait que la capacité de travail de la recourante demeurait nulle dans toute activité depuis au moins le mois de janvier 2019 (date du début des plaintes au membre supérieur droit selon la consultation spécialisée du Dr E\_\_\_\_\_ du 29 mars 2019) ; il était encore trop tôt pour se prononcer actuellement sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mais, à terme, celle-ci devrait être de 100 %.

10. La recourante n'a pas donné suite à la lettre du 21 février 2020 de la chambre de céans lui accordant un délai au 13 mars 2020, prolongé d'office au 18 juin 2020 par

courrier du 28 mai 2020, pour se déterminer sur la réponse de l'OAI, en particulier pour indiquer si elle était d'accord avec les conclusions de celui-ci qui impliquaient l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause audit office pour instruction complémentaire.

11. Sur ce, 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 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 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, et les conclusions de la recourante pouvant être en l'occurrence comprises malgré leur formulation succincte (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B al. 1 let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
4. a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

À teneur de l'art. 4 al. 2 LPGA, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Conformément à 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 (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<sup>er</sup> janvier 2008).

L'art. 6 LPGA dispose qu'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.

b. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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, non applicable ici vu la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

c. 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).

d. D'après la jurisprudence – et comme cela découle de l'art. 7 LAI –, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

e. Conformément à l'art. 27bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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 LAI, 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.

5. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 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 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).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

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).

6. a. En l'espèce, après examen d'un rapport présenté juste avant le prononcé de la décision querellée (le rapport après l'IRM de l'épaule droite du 20 août 2019) et de deux nouveaux rapports médicaux produits par la recourante avec son complément de recours (le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2019 et l'avis de sortie des HUG du 12 décembre 2019), le SMR a, le 19 février 2020, révisé sa précédente appréciation du 24 octobre 2019 (qui retenait une capacité de travail nulle dans l'activité – lucrative – habituelle mais entière dans une activité adaptée) et a admis une capacité de travail nulle dans toute activité – lucrative – depuis au moins le mois de janvier 2019 (date du début des plaintes au membre supérieur droit selon la consultation spécialisée du Dr E\_\_\_\_\_ du 29 mars 2019), ajoutant qu'il était encore trop tôt pour se prononcer actuellement sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mais qu'à terme, celle-ci devrait être de 100 %.

Il n'y a en l'occurrence et en l'état aucun motif d'écarter, par exemple pour manque d'objectivité ou d'impartialité, et compte tenu de l'absence de rapports médicaux clairement contradictoires, l'avis du 19 février 2020 du médecin du SMR, qui a révisé l'appréciation initiale dudit service dans un sens favorable à l'assurée sur la base des rapports des médecins ayant traité celle-ci.

Dans sa réponse au recours, l'intimé s'est rallié intégralement aux conclusions de ce dernier avis du SMR, ce qui semble impliquer une reconnaissance d'une incapacité totale de travail (art. 6 LPGA) et qui aurait logiquement dû conduire l'OAI à proposer un renvoi de la cause pour instruction complémentaire portant sur la composante économique de l'éventuelle invalidité (capacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA), voire pour fixation du droit à une éventuelle rente d'invalidité. Cependant, cet office a conclu au renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire.

b. Quoiqu'il en soit, la chambre de céans, qui n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA), renverra la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur tous les aspects pertinents, y compris médical et économique, portant sur l'entier de la période à prendre en considération pour l'octroi de prestations AI. Il appartiendra à l'OAI d'examiner quelles sont les mesures d'instruction utiles et nécessaires, sans que certaines, y compris une éventuelle enquête ménagère, doivent être d'emblée exclues.

S'agissant de la nécessité d'un complément d'instruction au plan médical, une incapacité totale dans toute activité lucrative de l'intéressée depuis au moins janvier 2019 ne ressort pas de manière claire et unanime de l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier. Notamment, dans son rapport du 29 mars 2019, le Dr E\_\_\_\_\_, s'il a évoqué des plaintes pour des douleurs insupportables et constantes de la patiente depuis plus d'un mois, ne s'est pas prononcé sur la question de la capacité de travail. Les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ n'ont pas non plus tranché cette question, et la Dresse D\_\_\_\_\_, dont les indications comportent des divergences entre elles, a, dans son dernier rapport (du 7 octobre 2019), retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais de 50 % dans une activité adaptée. Par ailleurs, comme cela ressort du dernier avis du SMR, il conviendrait de se prononcer sur la capacité de travail actuelle dans une activité adaptée, de sorte qu'il apparaît judicieux d'inclure dans cette évaluation l'examen de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis le début de la période à prendre en considération. Enfin, il manque en l'état, y compris sous l'angle médical, un examen des éventuelles limitations de l'assurée dans ses travaux habituels (art. 27bis al. 4 RAI), tâches qui représentent, selon l'OAI, 26 % de son temps. À cet égard, il n'est pas compréhensible pour quels motifs l'accomplissement des travaux habituels (au sens des art. 7 al. 2 ainsi que 28a al. 2 et 3 LAI) sans limitations, comme indiqué dans la décision attaquée, serait compatible avec une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative, ce d'autant moins au regard des limitations découlant de l'atteinte à l'épaule droite, portant, selon le questionnaire rempli le 13 juin 2019 par la Dresse D\_\_\_\_\_, sur l'exécution des tâches ménagères.

Au surplus, il est relevé que le revenu de la recourante sans invalidité retenu dans la décision querellée (CHF 27'834.-) ne correspondait pas, pour une raison non encore expliquée, au montant calculé dans le document « Détermination du degré

d'invalidité » (CHF 20'597.-), ce alors que le revenu avec invalidité est le même dans ces deux écrits.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 3 décembre 2019 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision.
8. Bien qu'elle obtienne partiellement gain de cause, la recourante, qui n'est pas représentée par un mandataire (par exemple un avocat) et dont les écritures sont au demeurant très succinctes, n'a pas droit à des dépens.

Vu les circonstances particulières, et bien que la procédure n'est pas gratuite en matière d'AI, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 69 al. 1bis LAI).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 3 décembre 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie CARDINAUX ALY

Blaise PAGAN

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