RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2168/2020 **ATAS/739/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 juillet 2021

10ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE recourante

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1969, originaire de Moldavie, a obtenu plusieurs diplômes dans son pays d'origine et en Italie. Établie à Genève depuis 2006, elle a travaillé à Genève en qualité d'aide-soignante non qualifiée de novembre 2008 à février 2010, puis s'est inscrite à l'assurance-chômage. Depuis le 31 octobre 2012, l'assurée est en incapacité totale de travail en raison de douleurs pour des lombalgies et un sentiment de faiblesse dans la main gauche. Elle perçoit une aide financière versée par l'Hospice général depuis 2013.

2. Le 10 mai 2013, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a enregistré une demande de prestations de l'intéressée.

3. L'OAI a confié une expertise à la doctoresse B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 17 avril 2014, l'experte a notamment résumé les pièces du dossier, dont les examens radiologiques portant sur les genoux, les mains, les pieds, les colonnes lombaire et cervicale, les membres inférieurs, présenté une anamnèse, rapporté les plaintes de l'assurée et consigné le résultat de ses observations. Elle a diagnostiqué une arthrose fémoro-patellaire gauche sévère ayant des répercussions sur la capacité de travail. Elle a également mentionné, à titre de diagnostics sans effet sur ladite capacité, des douleurs de la main gauche, à type de brûlures, sans substrat somatique, neurologique ou ostéo-articulaire, à part la maladie de Dupuytren au stade 0 du 4ème rayon sur les fléchisseurs mais non inflammatoire et non rétractile ; un status postopératoire du genou gauche, avec une résection de la corne postérieure du ménisque interne en août 2010, ainsi qu'une plastie du ligament croisé antérieur, une chondropathie rotulienne de stade III, un status post-fracture de l'os chondral et sous-chondral du condyle fémoral externe le 21 juillet 2011 ; des lombalgies sur des troubles dégénératifs mineurs, une rupture de l'anneau fibreux L4-L5 foraminal gauche sans protrusion ni hernie et sans contact radiculaire, un status après un épanchement dans les articulaires postérieurs L4-L5, une discopathie L5-S1 légèrement protrusive sans contact radiculaire ; des douleurs du pied gauche dans le contexte d'un pied plat. Elle a conclu que l'intéressée ne souffrait pas de lésions physiques graves de nature à diminuer sa capacité de travail de manière prolongée. L'incapacité de travail avait été totale à partir du 10 mai 2011, jour de la seconde entorse au genou gauche qui avait été opéré le 21 juillet 2011. Dès le 15 juillet 2012, l'assurée était toutefois apte à reprendre son activité professionnelle habituelle à 80%, ainsi que toute activité sans contraintes répétées du genou en flexion à 100%. L'experte a notamment relevé que l'assurée avait commencé des études de droit en septembre 2013, avec 17 heures de cours par semaine et 20 heures de travail à domicile, pour une durée de trois ans.

4. Dans une appréciation du 27 mai 2014, la doctoresse C_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a repris les conclusions de l'experte et considéré que seule la gonarthrose gauche avait des répercussions sur la

capacité de travail, qui demeurait entière dans une activité adaptée, et ce dès le 15 juillet 2012.

5. Dans un projet de décision du 11 août 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser toute prestation. Il ressortait en effet de son instruction que la capacité de travail avait été nulle dès le 10 mai 2011, mais qu'elle était de 80% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée depuis le 15 juillet 2012. Le degré d'invalidité, arrêté à 13.38% était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Enfin, des mesures professionnelles n'étaient pas de nature à améliorer la capacité de travail.

6. Les 16 septembre, 10 octobre et 14 novembre 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de l'Association Procap, a contesté ledit projet de décision, soutenant que ses troubles lombaires et du genou gauche s'étaient aggravés postérieurement à l'expertise, et que le calcul du degré d'invalidité était erroné.

   Elle a joint à ses missives :

   - un résumé de séjour du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 2 septembre 2014 en raison d'une violente douleur lombaire suite à un faux mouvement ;
   - un rapport du 4 septembre 2014 du docteur D_____, médecin radiologue FMH, mentionnant notamment une souffrance facettaire L4-L5 et L5-S1 et une souffrance discogène au Bending inversé ;
   - un rapport suite à une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche réalisée le 15 septembre 2014 concluant à une lésion fissuraire cartilagineuse s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral aux dépens de la gorge de la trochlée et touchant au moins les deux tiers de l'épaisseur du cartilage au niveau du tiers moyen et inférieur de la rotule, à une lame de liquide intra-articulaire ;
   - un rapport du 25 septembre 2014 suite à une IRM lombaire réalisée la veille ; était notée l'apparition, par rapport à l'examen précédent de juillet 2012, de modifications de type Modic I (inflammatoires aigües) au niveau sous-chondral L5-S1 à gauche, une discrète majoration de la surcharge articulaire L4-L5 et L5-S1 et un aspect relativement stable des discopathies étagées L1-L5 ;
   - un rapport du 9 octobre 2014 du Dr D_____ suite à une arthrographie épidurale postérieure L4-L5 en raison de lombalgie gauche ;
   - un rapport du 10 novembre 2014, rédigé en complément du rapport d'IRM du genou gauche du 15 septembre 2014, à titre comparatif avec l'examen du 8 juin 2011 ; sur le plan cartilagineux, on notait l'apparition de fissuration cartilagineuse s'entendant jusqu'à l'os sous-chondral au niveau de la gorge de la trochlée, un aspect globalement superposable des fissurations cartilagineuses de stade III du cartilage rotulien, l'apparition d'une fissure cartilagineuse occupant les deux tiers du versant latéral du condyle fémoral interne.

7. En date du 24 novembre 2014, la Dresse C_____ a suggéré de poursuivre l'instruction.

8. Par rapport du 1er décembre 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée depuis 2010, a indiqué que l'état de santé de sa patiente était stationnaire depuis juin 2013, sans aggravation. Il a posé de nouveaux diagnostics, soit une chondrite fémoro-patellaire gauche et une radiculalgie L4-L5 gauche. Une reconversion professionnelle était à envisager et il ne pensait pas qu'il soit nécessaire de procéder à un examen médical complémentaire.

   Il a annexé un rapport du 22 septembre 2014 du docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a diagnostiqué des lombosciatalgies L4-L5 gauches non déficitaires sur une hernie foraminale, sans signes de dénervation active ou chronique du point de vue électro-physique. Il y avait une concordance entre la clinique et l'imagerie, qui orientait vers une radiculalgie L4-L5 gauche d'allure purement irritative, non lésionnelle du point de vue électro-physiologique. Une prise en charge conservatrice ou minimalement invasive était suggérée.

9. Le 23 février 2015, l'OAI a reçu plusieurs documents, dont :

   - un rapport du 30 septembre 2014 du Dr D_____ relatif à une consultation du 29 septembre 2014 ; était proposé un traitement conservateur avec trois blocs de la douleur, le premier au niveau épidural postérieur, le deuxième au niveau articulaire postérieur L5-S1 gauche et sacro-iliaque, puis, en fonction des résultats, des radiographies du genou et du talon pourraient être demandées afin d'orienter un traitement focal en dernière instance, infiltratif ;

   - un rapport du 17 octobre 2014 du Dr D_____ suite à une consultation du 15 octobre 2014, faisant état de la réalisation d'un bloc de la douleur positif le 9 octobre 2014 ; suite à une large amélioration, l'assurée désirait surseoir à un traitement complémentaire.

10. Dans un rapport du 25 février 2015, le docteur G_____, médecin au service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'intéressée était stationnaire depuis le 16 juillet 2014, sans changement de diagnostics. Une reprise du travail était possible dans un métier moins physique que celui d'aide-soignante, les limitations fonctionnelles découlant des douleurs du genou.

11. Par avis du 15 avril 2015, les docteurs H_____et I_____, médecins auprès du SMR, ont rappelé que l'IRM du genou de septembre 2014 avait mis en évidence une atteinte cartilagineuse nouvelle de la gorge de la trochlée par rapport aux images de juin 2011, et que les Drs E_____ et G_____ avaient estimé que la situation était stationnaire, le second ayant recommandé une activité moins physique. Au niveau lombaire, l'IRM de septembre 2014 avait révélé des modifications inflammatoires aigües au niveau sous-chondral L5-S1 à gauche et une discrète majoration de la surcharge articulaire de L4-L5 et L5-S1, et le

Dr D_____ avait fait état d'infiltrations concluantes ayant permis d'éliminer les douleurs. Par conséquent, il y avait de nouveaux éléments radiologiques aux niveaux du genou gauche et des lombaires, mais la situation était stable. Il ne retenait donc pas d'argument concernant l'aggravation décrite par la patiente et considérait que les conclusions de l'expertise demeuraient pertinentes.

12. Lors d'un entretien du 20 août 2015, l'assurée a informé le service de réadaptation de l'OAI qu'elle souhaitait devenir interprète traductrice dans le domaine juridique. Elle avait suivi les cours de première année à l'Université, mais n'avait pas passé les examens en raison d'un niveau de français insuffisant. Il lui était proposé de préparer un projet professionnel, avec par exemple un stage en entreprise qui pourrait être complété par des cours.

13. Les 21 janvier et 30 août 2016, de nouveaux rendez-vous ont eu lieu entre l'assurée et le service de réadaptation de l'OAI. L'intéressée avait eu des contacts dans le cadre de son projet professionnel et il en ressortait qu'elle devait au moins être titulaire d'un Bachelor en droit pour travailler comme interprète/traductrice juriste.

14. Par courrier du 28 juillet 2016, l'assurée a demandé à l'OAI que son dossier soit traité de façon prioritaire, ce d'autant plus qu'elle avait surtout besoin de mesures d'ordre professionnel. Elle lui a communiqué de nouvelles pièces, dont :

    - des rapports des 14 avril et 25 juillet 2014 du docteur J_____, chef de clinique en unité de chirurgie de la main aux HUG, mentionnant une perte de force d'origine indéterminée à la main gauche, respectivement aux deux membres supérieurs ;

    - un rapport du 21 juillet 2014 du docteur K_____, radiologue FMH, suite à une échographie du majeur de la main gauche le jour même en raison d'un doigt à ressaut débutant suite à l'utilisation de béquilles ; une infiltration avait été réalisée ;

    - un rapport du 2 mai 2016 de la doctoresse L_____, spécialiste FMH en neurologie, mentionnant que l'assurée se plaignait d'une diminution de sensibilité du 5ème doigt de la main gauche depuis un traumatisme de 2009 et décrivait des paresthésies additionnelles des deux mains ; l'examen électroneuromyographique montrait une discrète atteinte purement sensitive myélinique des deux nerfs médians aux carpes, prédominant à gauche, pouvant évoquer un syndrome du tunnel carpien ;

    - des rapports des 25 avril et 14 juin 2016 du docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, exposant que son examen clinique montrait un léger Dupuytren non rétractile du troisième doigt gauche ; les tests de provocation du tunnel carpien étaient douteux ; la trapézo-métacarpienne du côté gauche était tuméfiée, sans grattage mais un peu douloureuse ; l'anamnèse et l'examen clinique ne suggéraient pas de pathologie très bruyante ;

- une attestation d'exmatriculation de l'Université de Genève, aux termes de laquelle l'assurée avait été inscrite à la Faculté de droit de l'automne 2011 au printemps 2012 et de l'automne 2013 au printemps 2014 ;
- une confirmation d'inscription à des cours d'été de français à la Faculté des lettres du 18 juillet au 26 août 2016.

15. Le 16 décembre 2016, Procap a informé l'OAI de la fin de son mandat.

16. En date du 26 octobre 2018, l'assurée a eu un nouvel entretien avec le service de réadaptation de l'OAI. Elle a annoncé une aggravation de son état de santé, avec une indication opératoire pour le pied droit, une tuméfaction du pied gauche, des nodules de Dupuytren limitant l'utilisation de la main gauche, un problème pneumologique. Elle suivait actuellement un cours de rédaction professionnelle à l'Université ouvrière de Genève. Il a été rappelé à l'intéressée qu'elle n'avait toujours pas présenté de projet professionnel concret. Elle s'engageait alors à entreprendre des démarches auprès d'études d'avocats en vue de confirmer la faisabilité de son projet.

17. Le 22 janvier 2020, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. En effet, l'assurée se déclarait toujours en incapacité de travail, mais n'avait fourni aucune pièce médicale la motivant. De même, hormis un certificat d'exmatriculation de la Faculté de droit, elle n'avait livré aucune information concernant les démarches qui lui avaient été demandées en lien avec son projet professionnel de traductrice secrétaire juridique. Partant, les conditions subjectives pour la mise sur pied de mesures professionnelles n'étaient pas remplies.

18. Le jour même, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée. Il a constaté que celle-ci avait quitté son emploi d'aide-soignante non qualifiée pour des motifs personnels plus d'un an avant le début de l'atteinte, de sorte que le revenu sans invalidité devait être déterminé sur la base des ESS 2012 (TA1, femme, n°86-88, niveau de compétence 1), soit un montant mensuel de CHF 4'610.-, porté à CHF 4'806.- après pondération à la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, correspondant à un salaire annuel de CHF 57'672.-. Quant au revenu avec invalidité, également déterminé sur la base des ESS 2012 (TA1, femme, totale, niveau de compétence 1), il était fixé à CHF 46'297.-, compte tenu de la pondération à la durée hebdomadaire de travail et une réduction de 10%. La perte de gain se montait à CHF 11'375.-, correspondant à un degré d'invalidité de 19.7%.

19. Le 24 janvier 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser sa demande de prestations. En effet, la capacité de travail retenue était de 80% dans l'activité habituelle dès le 15 juillet 2012 et de 100% dans une activité adaptée dès cette date. Le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

20. Le 21 février 2020, l'assurée a contesté cette position, faisant valoir qu'elle souffrait de nombreuses maladies chroniques et aigües qui progressaient et l'invalidaient. Elle a souligné des troubles au niveau du pied gauche, des hernies

dorsales, la perte progressive de l'usage de ses deux mains, des migraines aigües et handicapantes, des douleurs diffuses lombaires, dorsales et cervicales. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et dans tout métier manuel et physique non qualifié. Elle sollicitait un rendez-vous pour mettre au point un projet de formation et de reconversion professionnelle. Elle a produit, entre autres :

- un rapport du 14 novembre 2018 du Dr D_____ faisant état de lombalgie, en rapport avec le Modic, mais probablement mixte et également d'origine articulaire ou sacro-iliaque ; la souffrance prédominait à gauche dans le cadre de la bascule du bassin ; deux infiltrations étaient indiquées au niveau articulaire et péri-discal ;
- un rapport du 28 novembre 2018 du Dr D_____, lequel a conclu, suite à une IRM cervico-dorso-lombaire réalisée le jour même, à une rectitude de la lordose cervicale avec une cervicarthrose associant dessiccation discale étagée, discopathie circonférentielle et pincement discal en C5-C6 et C6-C7 et un Modic de grade II en C5-C6, à une protrusion discale paramédiane gauche C3-C4, avec un débord discal harmonieux en C4-C5 et prédominant en foraminal droit en C5-C6, une disco-uncarthrose C6-C7 en conflit avec la racine C7 gauche, à une rectitude de la lordose lombaire et une discopathie étagée préférentielle au niveau des trois derniers segments, harmonieuse en L4-L5 avec une lame liquidienne intra-articulaire et disharmonieuse en L5-S1 avec une protrusion discale paramédiane et foraminale gauche venant au contact de la racine L5 gauche ;
- des rapports de radiographie et d'IRM du bassin du 10 décembre 2018 du Dr D_____, examens ayant mis en exergue une très discrète bascule du bassin avec une ascension gauche et un aspect inflammatoire de l'aponévrose d'insertion du moyen fessier droit ;
- un rapport du 17 décembre 2018 du Dr D_____, suite à des infiltrations L4-L5 dans le cadre de lombalgies ;
- un rapport du 2 janvier 2019 concernant une chirurgie élective du pied gauche, pour un hallux valgus modéré, une cure des 2ème et 5ème orteils en griffe et un rallongement gastrocnémien endoscopique ; l'arrêt de travail était d'un mois ;
- un rapport du 20 mars 2019 suite à une consultation de l'assurée aux HUG pour des douleurs de la main gauche avec une tuméfaction et des dysesthésies dans toute la main, sans signes du tunnel carpien ; le diagnostic retenu était celui de rupture du kyste tenosynovial au niveau des extenseurs de la main gauche sans déficit sensitif objectivable, avec déficit moteur de la main gauche au niveau de la flexion et de l'extension connu ;
- un rapport du 26 avril 2019 suite à une radiographie du thorax ayant conclu à une bronchopneumonie du lobe inférieur gauche ;

- un rapport du 2 octobre 2019 du docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et médecin chef de clinique aux HUG, qui a diagnostiqué un kyste arthrosynovial et une tendinopathie sur carpe bossu au poignet gauche, ainsi qu'une rhizarthrose gauche ; un traitement avec anti-inflammatoires, physiothérapie et orthèse souple la journée et rigide la nuit, était proposé ;
- un rapport du 5 novembre 2019 du docteur O_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, consulté la veille en raison de douleurs de la hanche gauche ; il a diagnostiqué une coxarthrose gauche débutante à un stade extrêmement précoce ; le bilan était rassurant et la mobilité de la hanche relativement préservée ;
- un rapport du 19 novembre 2019 du Dr D_____, suite à des infiltrations L4-L5 dans le cadre de lombalgies ;
- des rapports des 19 décembre 2019 et 7 janvier 2020 du Dr D_____, suite à des infiltrations L5-S1 dans le cadre de lombalgies ;
- un rapport du 16 janvier 2020 de la doctoresse P_____, spécialiste FMH en radiologie ; il en ressort qu'un bloc du ganglion sphénopalatin avait été réalisé dans un contexte de névralgie cervicobrachiale bilatérale avec irradiation céphalique bilatérale prédominant à gauche ; devant l'amélioration partielle des symptômes, une deuxième séance était proposée dans 15 jours pour augmenter l'efficacité ;
- un rapport du 14 février 2020 du Dr N_____ mentionnant le diagnostic de kyste arthrosynovial et de tendinopathie sur carpe bossu du poignet gauche ; la patiente avait bénéficié d'une infiltration il y avait un mois mais suite à une légère récidive, elle souhaitait une prise en charge définitive de son pouce ;
- de nombreux résultats d'analyses de laboratoires ;
- des rapports relatifs à un éventuel don de rein en faveur de son fils ;
- des arrêts de travail signés par le Dr E_____.

21. Dans un avis du 4 mars 2020, le Dr H_____ a estimé qu'il était nécessaire de demander un rapport au médecin traitant, la situation médicale ayant manifestement évolué depuis le dernier avis du SMR du 15 avril 2015.

22. Par rapport du 23 mars 2020, le Dr E_____ a attesté d'une totale incapacité de travail depuis 2011. Il a noté les diagnostics de rhizarthrose gauche, de bronchiectasie légère, d'orteil en griffe D5 du pied gauche, de greffe de ligament croisé du genou gauche en 2010, de chirurgie du pied en 2018, de méniscectomie gauche, de syndrome de canal carpien bilatéral, de ténosynovites du Dupuytren prédominantes à gauche, de kystes synoviaux du poignet gauche et des deux pieds, de hernies discales et lombaires avec deux infiltrations, de hernie cervicale avec des cervicalgies épisodiques, et de coxarthroses bilatérales. Les limitations étaient nombreuses et comprenaient notamment le port de charges et la nécessité d'alterner

les positions. La patiente était volontaire et favorable à une réorientation professionnelle. Il estimait que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée.

23. Dans une nouvelle appréciation du 16 avril 2020, le Dr H_____ a conclu, après examen des derniers documents reçus, que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé en décembre 2018 et que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle dès cette date. En revanche, dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de la main gauche, des membres inférieurs, du dos et du cou, la capacité de travail était toujours restée entière. Étaient contre-indiqués les manipulations et manutentions importantes de la main gauche, la marche et la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ou instable, le port de charges de plus de 5 kg, les montées et descentes d'échelles ou d'escabeaux et d'escaliers, les activités penchées en avant ou en porte-à-faux, les mouvements répétés en flexion-extension ou rotation du cou et du dos. Enfin, les changements de position assise et debout étaient possibles à la demande.

24. Par décision du 8 juin 2020, envoyée par pli recommandé et distribuée le 17 juin 2020, l'OAI a refusé d'accorder des prestations à l'assurée au motif que la comparaison des revenus entre le salaire sans invalidité (CHF 57'652.-) et avec invalidité (CHF 46'297.-) révélait une perte de gain de CHF 11'375.-, soit un taux de 19.7% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Les mesures de réadaptation n'avaient pas abouti et d'autres mesures professionnelles n'apparaissaient pas nécessaires.

25. Par acte du 16 juillet 2020, la recourante a interjeté recours contre cette décision. En substance, elle a soutenu que l'intimé n'avait pas tenu compte de l'ensemble de ses troubles et que certains documents médicaux établis dès janvier 2020 n'avaient pas été examinés. Elle a rappelé qu'elle souffrait de nombreuses atteintes, parmi lesquelles de l'arthrose évolutive, des douleurs et blocages au genou gauche, des hernies discales, des migraines. Une formation lui permettrait d'obtenir les qualifications nécessaires pour exercer un travail de bureau, seule activité accessible.

    La recourante a produit de nombreux rapports médicaux, parmi lesquels :

    - un rapport du 3 juillet 2020 du Dr N_____ mentionnant qu'il avait opéré l'intéressée le 9 mars 2020 et réalisé une arthroplastie prothétique TM du pouce gauche ; au contrôle du jour, la patiente ne présentait pas de douleur au niveau de la prothèse, mais relatait quelques gênes sporadiques et des douleurs mal systématisées au poignet ;
    - un rapport d'IRM du genou gauche du 3 juillet 2020 ayant conclu à une gonarthrose tricompartimentale, modérée aux niveaux fémoropatellaire et fémorotibial interne, et débutante au niveau fémorotibial externe, à une perte de substance au niveau du segment moyen et de la corne postérieure du ménisque interne ;

- un rapport du 13 juillet 2020 du Dr D_____, faisant état d'une large amélioration de la symptomatologie suite aux infiltrations de fin 2019 et début 2020, avec une résurgence de la douleur facettaire L5-S1, ainsi qu'une gonalgie droite entrainant une boiterie ;
- un rapport du 15 juillet 2020 de la doctoresse Q_____, médecin aux HUG, mentionnant l'intervention du pied gauche du 20 décembre 2018 et une intervention au pied droit pour un quintus varus, effectuée le 15 août 2019 ; l'assurée pouvait marcher sans douleurs et sans semelles ; le pronostic était favorable et une reprise d'un travail de bureau était possible.

26. Dans sa réponse du 4 août 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a rappelé avoir diligenté une expertise rhumatologique en 2014 et avoir repris l'instruction suite à l'annonce d'une aggravation de l'état de santé. La recourante ne faisait valoir aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions du SMR. Enfin, les derniers rapports communiqués ne lui permettaient pas de modifier son appréciation des faits.

    L'intimé a joint un avis du 30 juillet 2020 de la Dresse C_____, après examen des nouvelles pièces produites par la recourante. La médecin du SMR a conclu que ces documents indiquaient que l'intéressée avait été opérée des deux pieds en 2018 et 2019, avec une bonne évolution. Ces interventions s'accompagnaient en général d'une incapacité de travail limitée dans le temps d'au maximum 3 mois en l'absence de complications et n'entrainaient pas de limitations fonctionnelles dans une activité sédentaire. La gonarthrose était déjà connue en 2014, demeurait plutôt modérée, et était compatible avec une activité sédentaire. L'état de santé de l'intéressée devrait s'améliorer après la pose d'une prothèse totale du genou lorsque l'indication serait retenue. Concernant la main gauche, la recourante avait bénéficié d'une prothèse au pouce gauche en mars 2020, avec une bonne évolution. Une activité adaptée ne nécessitant pas des mouvements répétitifs de la main gauche, ainsi que la pince pouce-index en force demeurait exigible. À nouveau, une incapacité de travail d'environ 3 mois était à retenir en post-opératoire, en l'absence de complications. Concernant les douleurs lombaires, la recourante avait bénéficié d'infiltrations itératives, avec un bon effet. En l'absence de description de déficit neurologique, une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis était exigible. Ainsi, il n'y avait pas d'argument médical pour une nouvelle atteinte à la santé incapacitante sur le long terme et les précédentes conclusions demeuraient valables.

27. Le 5 août 2020, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et lui a octroyé un délai pour répliquer, précisant qu'elle pouvait consulter le dossier au greffe.

28. Sans réponse de l'intéressée, le délai a été prolongé au 22 septembre 2020.

29. En date du 17 septembre 2020, la recourante a demandé un délai supplémentaire, ajoutant qu'elle entendait solliciter l'assistance de Procap.

30. Le 18 septembre 2020, la chambre de céans a accepté de prolonger le délai au 22 octobre 2020.

31. Les 21 et 26 octobre 2020, la recourante a déposé de nouveaux rapports, dont :

    - un rapport du 30 septembre 2020 suite à des ultrasons des mains et des poignets pour une recherche d'un syndrome du tunnel carpien ; à droite, ont été constatées une hyperémie centrale du nerf médian, une impression de tendon accessoire du tendon fléchisseur profond 2ème rayon avec une portion musculaire au sein du canal carpien réalisant un conflit lors de la manœuvre dynamique (mouvement de flexion extension répétée du 2ème rayon) avec le nerf médian pouvant expliquer la symptomatologie ; à gauche, la mobilité du tendon fléchisseur profond du D2 et du nerf médian lors du mouvement sélectif de l'index provoquait la symptomatologie du nerf carpien ;

    - un rapport du 23 octobre 2020 du Dr N_____ accompagné d'une évaluation en ergothérapie ; le médecin a noté les diagnostics de kyste arthrosynovial et tendinopathie sur carpe bossu au poignet gauche, et de rhizarthrose gauche ; il a également noté des douleurs au poignet droit mal systématisées ; au vu de la fonction de la main gauche à 51% et de celle de la main droite à 57%, il a retenu des limitations fonctionnelles aux deux mains et soutenu une reconversion professionnelle dans une activité adaptée.

32. Les 4 et 11 novembre 2020, l'intimé a indiqué à la chambre de céans que la dernière écriture de la recourante ne lui permettait pas de modifier son appréciation, de sorte qu'il maintenait ses conclusions.

    Il a joint deux avis datés des 3 et 10 novembre 2020 de la Dresse C_____, suite à l'examen des nouvelles pièces médicales. La médecin du SRM a conclu que le rapport d'échographie du 30 septembre 2020 mettait en évidence un conflit au niveau des deux tunnels carpiens entre le nerf médian et le tendon fléchisseur profond de l'index, des deux côtés. Il était connu que la recourante présentait un syndrome du tunnel carpien bilatéral et, en l'absence de complications post-opératoires ou de déficit neurologique sévère, il n'y avait pas lieu de reconnaître une incapacité de travail durable pour cette pathologie. La présence d'un tunnel carpien et d'un doigt à ressaut ne pouvait pas être considérée comme incapacitante à long terme, dès lors que ces problèmes pouvaient être résolus par une infiltration ou une intervention, en l'absence de complications. S'agissant de l'évaluation du bilan ergothérapeutique, la médecin du SMR a rappelé que des limitations fonctionnelles avaient été retenues au niveau de la main gauche et qu'aucune atteinte n'avait été mise en évidence au niveau de la main droite en dehors du tunnel carpien, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de retenir de restrictions. En conclusion, ces documents ne contenaient pas de nouveaux éléments objectifs permettant au SMR de réévaluer son appréciation du cas.

33. Le 12 novembre 2020, la recourante a transmis à la chambre de céans de nombreuses pièces déjà au dossier, ainsi que de nouveaux documents, dont :

    - un rapport d'IRM cervicale du 5 février 2020 ayant conclu à une cervicarthrose prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec un pincement discal, une ostéophytose - antérieure et un Modic graisseux, une discopathie circonférentielle de C3-C4 à C6-C7 avec du côté droit une disco-uncarthrose étagée prédominant en C5-C6 et du côté gauche protrusion discale foraminale C6-C7 déstabilisant une uncarthrose et en conflit avec la racine C7 gauche, ainsi qu'un début de surcharge sous-chondrale articulaire postérieur du segment C7-D1 droite ;

    - de nombreux rapports du Dr D_____ consulté pour les douleurs dorsales, dont un rapport du 6 mars 2020 mentionnant que la recourante était satisfaite du traitement articulaire dorsolombaire et lombo-sacrée mis en place depuis janvier 2020, et qu'elle était quasiment libre de douleur ; une prise en charge de remusculation était prévue pour la souffrance à la jonction des courbes basicervicale, dorsale basse et lombo-sacrée ;

    - un rapport du 19 août 2020 du Dr D_____ relatif à une infiltration du genou gauche pratiquée le jour même ;

    - un rapport suite à des radiographies des deux genoux réalisées le 13 octobre 2020 et ayant conclu à une gonarthrose tricompartimentale bilatérale, moins marquée à droite ;

    - un rapport du 19 octobre 2020 du docteur R_____, chef de clinique aux HUG, suite à une consultation du 13 octobre 2020 ; il en ressort que l'intéressée présentait une gonarthrose fémoro-tibiale interne peu avancée et des tendinites multiples ; des séances de physiothérapie et des infiltrations étaient proposées, la patiente étant encore jeune pour une prothèse totale du genou.

34. Le 20 novembre 2020, la chambre de céans a accordé à la recourante un délai au 7 décembre 2020 pour faire d'éventuelles observations.

35. En date du 7 décembre 2020, la recourante a derechef demandé un délai pour obtenir la copie intégrale de son dossier et le transmettre à Procap. Elle a exposé qu'elle sollicitait une reconversion professionnelle.

36. Par courrier du 8 décembre 2020, la chambre de céans a prié la recourante de se mettre rapidement en contact avec son mandataire et de produire une procuration. S'agissant de la demande de copie du dossier, cette dernière était payante sous réserve qu'elle soit au bénéfice de l'assistance juridique.

37. Le 18 décembre 2020, la recourante a répondu qu'elle n'était pas représentée en raison de la situation liée à la pandémie. Elle maintenait son recours contre la décision litigieuse.

    Elle a notamment joint à sa missive :

- divers rapports de consultation du Dr N_____, desquels il ressortait qu'elle décrivait des douleurs centrées sur la colonne du pouce gauche suite à l'utilisation de cannes anglaises après la chirurgie du pied (cf. rapport du 2 octobre 2019) ; ces douleurs étaient partiellement soulagées par des attelles (cf. rapport du 29 novembre 2019) ;
- le compte-rendu opératoire et la lettre de sortie des HUG relatifs à l'intervention du 9 mars 2020 ; les suites opératoires de l'arthroplastie prothétique gauche étaient sans particularité, avec une bonne évolution globale ; l'incapacité de travail était totale du 10 mars au 26 avril 2020 ;
- plusieurs rapports de consultation de suivi du Dr N_____.

38. 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 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. 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.

5. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

b. En l'occurrence, la recourante sollicite l'octroi de mesures d'ordre professionnel, et plus particulièrement une formation afin de pouvoir exercer un travail de bureau (cf. acte de recours du 16 juillet 2020 et correspondance du 7 décembre 2020), sans contester expressément la décision en tant qu'elle lui refuse le droit à une rente.

Cela étant, il est rappelé que la recourante, laquelle n'est pas représentée par un mandataire, reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en considération l'ensemble de ses atteintes, de sorte qu'elle conteste, à tout le moins implicitement, les conclusions du SMR s'agissant des atteintes à la santé ayant des effets sur sa capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues.

c. Dans ces conditions, le litige porte sur l'évaluation du degré d'invalidité de la recourante et son droit à des prestations de la part de l'intimé.

6. 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).

7. a. 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).

   b. 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).

   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 ; ATF 128 V 174).

   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).

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. 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).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin

traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

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. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

11. a. En l'espèce, la chambre de céans rappellera que l'intimé a rendu un premier projet de décision le 11 août 2014, conformément aux conclusions du SMR du 27 mai 2014, basées sur le rapport d'expertise du 17 avril 2014.

    Suite à l'allégation d'une aggravation de l'état de santé postérieure à l'expertise, l'intimé a procédé à des investigations complémentaires, suite auxquelles le SMR a rendu une appréciation le 15 avril 2015, aux termes de laquelle les conclusions de l'expertise rhumatologique demeuraient valables. L'intimé a alors adressé à la recourante un nouveau projet de décision le 24 janvier 2020, maintenant que la capacité de travail de la recourante était de 80% dans l'activité habituelle dès le 15 juillet 2012 et de 100% dans une activité adaptée à son état de santé, dès cette date.

    Après réception de nouvelles pièces médicales, l'intimé a derechef repris l'instruction et sollicité un rapport détaillé de la part du médecin traitant et une nouvelle détermination du SMR. Dans son avis du 16 avril 2020, ce dernier a admis

une aggravation des troubles présentés par la recourante en décembre 2018 et considéré que la capacité de travail était nulle depuis lors dans le métier habituel. En revanche, dans une activité adaptée, il a considéré que ladite capacité était toujours restée entière.

Sur cette base, l'intimé a rendu la décision litigieuse du 8 juin 2020 et nié le droit de l'intéressée à des prestations, aux motifs que son degré d'invalidité, fixé à 19.7%, était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente, et que des mesures professionnelles n'apparaissaient pas nécessaires.

b. La recourante soutient que l'intimé n'a pas pris en compte l'ensemble de ses atteintes à la santé, sans indiquer clairement quel rapport médical ou quelle atteinte à la santé aurait été omis par le SMR. Elle se contente d'alléguer l'existence de nombreux troubles et de déposer tous les rapports médicaux en sa possession, dont bon nombre font déjà partie du dossier de l'intimé. Elle n'indique toutefois pas en quoi ces documents seraient de nature à remettre en cause les conclusions du SMR s'agissant des diagnostics, des limitations fonctionnelles ou encore de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

12. a. La chambre de céans relèvera donc brièvement que l'avis du 27 mai 2014 de la Dresse C_____ est conforme en tous points au rapport d'expertise rhumatologique du 17 avril 2014 de la Dresse B_____, notamment en ce qui concerne les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Ce rapport d'expertise tient compte des plaintes de la recourante, contient une anamnèse détaillée, se base sur un examen minutieux du dossier et de l'intéressée, et livre des conclusions argumentées. Il remplit donc les exigences pour se voir attribuer une pleine valeur probante, de sorte que l'avis du SMR du 27 mai 2014 n'apparaît pas critiquable.

L'appréciation du 15 avril 2015 des Drs H_____ et I_____ prend en considération tous les documents reçus dans le cadre de la procédure d'audition suite au projet de décision du 11 août 2014. En outre, les conclusions du SMR, selon lesquelles les examens radiologiques de septembre et novembre 2014 avaient révélé de nouveaux éléments, sans changement sur la capacité de travail avec une situation stable, correspondent non seulement à l'avis du spécialiste en chirurgie orthopédique des HUG, qui a estimé qu'une reprise du travail était possible dans un métier adapté (cf. rapport du 25 février 2015 du Dr G_____), mais également à celui du médecin traitant, lequel a clairement indiqué que l'état de santé de sa patiente était stationnaire depuis 2013 sans aggravation, ajoutant qu'il ne pensait pas nécessaire de procéder à un examen médical complémentaire (cf. rapport du 1er décembre 2014 du Dr E_____).

Enfin, le rapport du 16 avril 2020 du Dr H_____ repose sur l'examen des pièces reçues suite à la reprise de l'instruction, laquelle a révélé l'existence de plusieurs nouvelles atteintes, dont des discopathies aux niveaux cervical et lombaire, une coxarthrose gauche débutante, des troubles au niveau de la main gauche avec un

Dupuytren non rétractile du 3ème doigt, une rupture de kyste tenosynovial avec une déficit moteur au niveau de la flexion et de l'extension, une rhizarthrose gauche, une intervention chirurgicale du pied gauche, ou encore une névralgie cervicobrachiale bilatérale avec une irradiation céphalique. Le SMR a admis l'aggravation de l'état de santé de la recourante et l'existence de nombreuses limitations fonctionnelles. La recourante devait en particulier éviter de trop solliciter sa main gauche, de marcher ou rester debout de façon prolongée, de marcher en terrain irrégulier ou instable, de porter des charges de plus de 5 kg, de monter ou descendre des escaliers, échelles ou escabeaux, d'effectuer des activités penchée en avant ou en porte-à-faux, de faire des mouvements en flexion/ extension ou rotation du dos et du cou. Le Dr H_____ a conclu à une capacité de travail entière, depuis toujours, dans un métier respectant ces contre-indications. La chambre de céans souligne que cette évaluation est confortée par l'avis même du médecin traitant de la recourante, qui a lui aussi estimé que la capacité de travail de sa patiente était de 100% dans une activité adaptée (cf. rapport du 23 mars 2020 du Dr E_____). Elle relèvera en outre que le rapport relatif à l'intervention du pied gauche atteste d'une incapacité de travail limitée d'un mois (cf. rapport du 2 janvier 2019), que le Dr O_____ a estimé que l'état de la hanche gauche était rassurant et la mobilité relativement conservée (cf. rapport du 5 novembre 2019), et que la névralgie cervicobrachiale a bien répondu au traitement (cf. rapport du 16 janvier 2020 de la Dresse P_____).

Force est donc de constater que ces conclusions du SMR sont fondées sur l'ensemble des pièces du dossier alors à sa disposition et en tous points conformes à l'analyse du médecin traitant.

b. Le SMR s'est à nouveau prononcé les 30 juillet, 3 et 10 novembre 2020, après examen des premiers rapports produits par la recourante devant la chambre de céans, documents qui n'avaient pas été portés à la connaissance de l'intimé.

Dans son avis du 30 juillet 2020, la Dresse C_____ a expliqué que les opérations des deux pieds réalisées en 2018 et 2019 avaient connu une évolution favorable et qu'on pouvait retenir une incapacité de travail limitée dans le temps, au maximum de 3 mois en l'absence de complications. Concernant la gonarthrose, elle a rappelé qu'elle était déjà connue de l'experte en 2014 et qu'elle était compatible avec une activité sédentaire. La pose d'une prothèse du pouce en mars 2020 avait été suivie d'une bonne évolution et permettait d'exercer un travail sans mouvements réplétifs de la main gauche et sans pince pouce-index en force. Enfin, les infiltrations avaient eu de bons effets sur les lombalgies. La recourante ne fait valoir aucun argument et ne produit aucun document médical propre à remettre en cause cette appréciation. Rien ne justifie de s'écarter des conclusions du SMR, aux termes desquelles les troubles attestés par les nouveaux rapports sont compatibles avec les limitations fonctionnelles déjà retenues.

Les 3 et 10 novembre 2020, la Dresse C_____ a pris position sur les documents déposés par la recourante au mois d'octobre 2020 et qui concernent ses affections

aux mains et aux poignets. La médecin du SMR a rappelé que le syndrome du tunnel carpien bilatéral était connu lors du prononcé de la décision et qu'en l'absence de complications ou de déficit neurologique sévère, cette pathologie ne justifiait pas d'incapacité de travail durable. Il en allait de même d'un doigt à ressaut, étant encore relevé que ces troubles pouvaient être résolus au moyen d'infiltrations ou d'une opération. En définitive, les restrictions retenues tenaient compte de tous les troubles au niveau de la main gauche et le syndrome du tunnel carpien droit ne justifiait pas d'admettre des restrictions complémentaires. À nouveau, la recourante ne se prévaut d'aucun argument permettant de douter de l'avis du SMR. La chambre de céans relèvera à toutes fins utiles que le compte rendu opératoire et la lettre de sortie des HUG relatifs à l'intervention du 9 mars 2020 attestent de la bonne évolution et d'une courte incapacité de travail, limitée du 10 mars au 26 avril 2020. Enfin, le Dr E_____ a expressément mentionné le diagnostic de syndrome de canal carpien bilatéral dans son rapport du 23 mars 2020 et considéré que la capacité de travail de sa patiente était entière dans une activité adaptée.

c. La recourante a par la suite encore produit de nombreux rapports de consultation et d'imagerie en lien avec ses troubles dorsaux, rapports qui ont été établis avant la décision litigieuse. La chambre de céans constate que le rapport d'IRM du 5 février 2020 ne révèle pas de nouvelles pathologies, dès lors que la cervicarthrose en C5-C6 et C6-C7 avec un pincement discal, le Modic, et les discopathies de C3-C4 à C6-C7 existaient déjà en 2018 (cf. rapport d'IRM du 28 novembre 2018 du Dr D_____) et ont donné lieu à la prise en compte de limitations fonctionnelles. De plus, il ressort de ces nouvelles pièces que la recourante était satisfaite du traitement articulaire dorsolombaire et lombo-sacrée mis en place depuis janvier 2020, et qu'elle était quasiment libre de douleur. Seul un programme de remusculation était suggéré pour la souffrance à la jonction des courbes basicervicale, dorsale basse et lombo-sacrée (cf. rapport du 6 mars 2020 du Dr D_____).

L'intéressée a également déposé des rapports révélant des troubles au niveau du genou droit. En effet, les radiographies réalisées le 13 octobre 2020 ont mis en exergue une gonarthrose tricompartimentale bilatérale, moins marquée à droite, et le rapport du 19 octobre 2020 du Dr R_____ mentionne également des tendinites multiples. La chambre de céans rappellera que l'arthrose au niveau du genou gauche existait déjà en 2014, avec une chondropathie rotulienne de stade III, et qu'elle a bien été prise en considération, avec des restrictions concernant les déplacements, la station debout prolongée et les montées et descentes d'escaliers. S'agissant du genou droit, elle soulignera que les troubles survenus postérieurement au prononcé de la décision du 8 juin 2020 ne peuvent pas être pris en considération dans le cadre de la présente procédure et qu'ils devront, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle décision.

13. Force est donc de constater que les avis du SMR résultent d'un examen approfondi des pièces soumises à son appréciation, tiennent compte de chaque atteinte à la santé diagnostiquée avant le prononcé de la décision dont est recours, et expliquent clairement pour quelles raisons certains troubles ne justifient pas de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires ou d'incapacité de travail de longue durée. Aucun indice ne permet de remettre en cause les conclusions dûment motivées et convaincantes du SMR quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux troubles de la recourante, étant à nouveau souligné que le médecin traitant de la recourante partage cet avis.

    À cet égard, il sera encore rappelé que l'intéressée ne soutient pas réellement le contraire puisqu'elle conclut à l'octroi de mesures professionnelles afin d'obtenir les qualifications nécessaires pour pouvoir exercer un travail de bureau.

    Dans ces conditions, la chambre de céans tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la recourante dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée depuis juillet 2012.

14. En ce qui concerne l'évaluation du degré d'invalidité, la recourante ne formule aucun grief et la décision du 8 juin 2020 ne contient pas d'erreur de droit manifeste qu'il conviendrait de corriger d'office.

15. Reste à examiner le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel.

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

    b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être

refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

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

Il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

17. a. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

b. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En

particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b ; RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

18. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, 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 ; ATF 117 V 278 consid. 2b ; ATF 117 V 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 des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

19. En l'occurrence, la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée, ce qui laisse supposer, en l'absence d'indices contraires, qu'elle devrait être à même de trouver par ses propres moyens - ou le cas échéant avec l'aide des organes de l'assurance-chômage - un emploi adapté à son état de santé (VSI 2000 p. 70 sv. consid. 2). De plus, au vu du large éventail d'activités existantes, sans qu'il soit nécessaire de disposer d'une formation préalable et qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles observées, des mesures d'ordre professionnel n'apparaissent pas nécessaires. On rappellera en particulier que l'intéressée ne peut pas prétendre à une formation de niveau supérieur à celui de son ancienne activité d'aide-soignante non qualifiée.

    À cela s'ajoute que la recourante a entrepris de son propre chef, avant la survenance de l'invalidité déjà, des démarches en vue de se former en Suisse. Elle a ainsi suivi des cours à la Faculté de droit de l'Université de Genève, interrompus en raison d'un niveau de français insuffisant. Elle s'est ensuite inscrite à des cours d'été de

français à la Faculté des lettres en 2016, puis à un cours de rédaction professionnelle à l'Université ouvrière de Genève en 2018. Or, le but de la réadaptation n'est pas de permettre aux assurés de leur financer la meilleure formation possible, mais de leur offrir une possibilité de gain plus ou moins équivalente à celle dont ils disposaient sans invalidité.

Enfin, il est rappelé que le service de réadaptation de l'intimé a demandé à la recourante, au mois d'août 2015, de préparer un projet professionnel puisque celle-ci avait fait part de son souhait d'œuvrer en qualité d'interprète-traductrice dans le domaine juridique. Bien que la recourante se soit rendue compte de la difficulté à réaliser un tel projet en raison d'un niveau de français insuffisant, elle n'a pas changé ou adapté ses objectifs. Lors de son dernier rendez-vous, au mois d'octobre 2018, elle a indiqué suivre des cours de rédaction professionnelle et s'est engagée à examiner la faisabilité de son projet. L'intéressée ne démontre ni n'allègue avoir entrepris la moindre démarche en ce sens, et ne fait pas mention d'un projet professionnel concret.

20. Partant, des mesures d'ordre professionnel n'apparaissent effectivement ni nécessaires ni de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de l'intéressée.

    Dès lors, la chambre de céans ne peut que confirmer la décision querellée sur ce point également.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis 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	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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