RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2793/2020 **ATAS/378/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 avril 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thomas BARTH — recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Toni KERELEZOV et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1987, originaire du Portugal, titulaire d'un diplôme d'esthéticienne obtenu au Portugal, entrée en Suisse en mai 2015, titulaire d'une autorisation de séjour B, travaillait comme manutentionnaire (préparatrice de commandes) pour B_____(Suisse SA), à 60 % du 20 juin 2016 au 30 octobre 2017 et était assurée à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA).

2. Le 26 juin 2017, l'assurée a été victime d'un accident. Elle a été blessée au coude gauche (épicondylite post-traumatique) par un chariot contenant des caisses de vin. L'assurée a été en incapacité de travail totale. La SUVA a pris le cas en charge.

3. Selon un rapport d'entretien de la SUVA du 10 janvier 2018, l'assurée présentait, malgré deux infiltrations, des douleurs persistantes au coude gauche au port de charges, à l'effort, des fourmillements à deux doigts de la main gauche et une sensation de piqure dans le coude. Le mouvement du coude était limité.

4. Le 24 janvier 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).

5. Le 1er mars 2018, le docteur C_____, FMH chirurgie de la main, a indiqué un état de santé stationnaire, avec des douleurs lors de toute force. La capacité de travail était de 50 % dans un poste sans force.

6. Le 5 mars 2018, le Dr C_____ a indiqué une évolution favorable avec des douleurs lors de toute force mais pas au repos. Une opération était envisagée en cas de non amélioration.

7. Le 27 juillet 2018, le Dr C_____ a attesté d'une persistance d'une épicondylite mais moins inflammatoire et d'une synovite résiduelle articulaire. Une infiltration était prévue. Le 2 aout 2018, il a mentionné une épicondylite en régression mais persistante. L'assurée présentait des douleurs occasionnelles et une tuméfaction régulière. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée.

8. Le 7 décembre 2018, Le docteur D_____, du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans l'ancienne activité était nulle du 26 juin 2017 au 23 septembre 2018, puis de 50 % dès le 24 septembre 2018. Elle était, dans une activité adaptée, nulle du 26 juin 2017 au 14 janvier 2018, puis de 50 % du 15 janvier au 23 septembre 2018, puis de 100 % dès le 24 septembre 2018.

9. Le 23 janvier 2019, l'assurée a été opérée par le Dr C_____ (cure d'épicondylite et synovectomie du coude gauche).

10. Le 14 mars 2019, le Dr C_____ a constaté une évolution favorable avec moins de douleurs. Après quatre mois post-opératoire, une capacité de travail de 100 % pouvait être envisagée, avec reprise des activités de force.

11. Le 6 mai 2019, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée devrait pouvoir bénéficier d'une reconversion pour une reprise de travail totale.

12. Le 3 juillet 2019, le Dr C_____ a indiqué que le status post-cure d'épicondylite suivait une évolution favorable, mais que l'assurée manquait encore de force et d'extension complète ; elle présentait une neuropathie légère du nerf ulnaire au coude gauche et une neuropathie irritable au coude droit, ainsi qu'une synovite articulaire persistante. Elle devrait pouvoir effectuer une reconversion dans un poste sans force ; l'état n'était pas stabilisé.

13. Le 24 juin 2019, le Dr C_____ a indiqué des douleurs articulaires (revenues en mai 2019) et une synovite du coude gauche ayant donné lieu à une infiltration le 12 juin 2019. L'épicondylite s'était améliorée. La capacité de travail était de 50 % dans un poste sans force.

14. Le 9 juillet 2019, le docteur E_____, FMH neurologie, a attesté d'une discrète neuropathie du nerf ulnaire gauche au coude, d'une neuropathie irritative du nerf ulnaire droit au coude. L'assurée présentait des douleurs persistantes du coude gauche en regard du canal cubital, avec difficulté à tenir la position coude appuyé, malgré une opération d'épicondylite post traumatique, avec apparition de paresthésies et engourdissements, voire même des douleurs dans les deux derniers doigts. L'assurée ne pouvait tendre complètement le coude gauche et avait des paresthésies parfois douloureuses des deux derniers doigts gauches.

15. Le 3 septembre 2019, l'OAI a considéré que l'assurée avait un statut d'active.

16. Le 27 août 2019, le Dr C_____ a attesté d'une persistance d'une impotence importante du coude gauche avec des douleurs lors d'activités quotidiennes et lors des appuis sur le coude ; elle ne pouvait porter des charges ni reprendre une force habituelle au membre supérieur gauche.

17. Le 26 septembre 2019, l'assurée a été examinée par le docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA.

    L'assurée se plaignait de limitation du bras, de douleurs et gonflement du coude après un effort ou en fin de journée. Le cas était stabilisé. Un travail à 100 % adapté était possible (sans flexion / extension répétée du coude avec porte-à-faux de soulèvement ou de tirage supérieur à 3kg, port de charge supérieur à 10 kg, utilisation répétée du membre supérieur gauche en pronation / supination, utilisation de machines vibrantes nécessitant le membre supérieur gauche ou les deux membres associés). La saisie d'objets avec le membre supérieur gauche ne pouvait pas dépasser 3kg. Etaient autorisés tous les mouvements fins, utilisant essentiellement le membre dominant et la main droite, ainsi que ceux permettant de poser le coude et de travailler de la main gauche en distalité. Le travail pouvait être

effectuée alternativement ou exclusivement soit en position debout soit en position assise.

18. Le 14 octobre 2019, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée comme suit :

    - 50,13 % dès le 15 janvier 2018 (revenu sans invalidité de CHF 49'667.- et avec invalidité de CHF 24'770.-, fondé sur l'ESS 2016, TA1, femme, total, niveau 1, à un taux de 50 %, pour l'année 2018, avec une déduction de 10 %).
    - 0,26 % dès le 24 septembre 2018, calculé sur les mêmes bases, pour un taux de travail de 100 %.

19. Le 15 octobre 2019, la SUVA a informé l'assurée qu'elle mettrait fin à l'indemnité journalière au 30 novembre 2019.

20. Par décision du 9 décembre 2019, la SUVA a refusé d'allouer à l'assurée une IPAI et une rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant nul ; cette décision a été confirmée sur opposition le 11 février 2020.

21. Le 5 février 2020, le Dr F_____ a confirmé son appréciation précédente et relevé que la limitation de la mobilité du coude, dans l'utilisation dans la vie pratique, était peu handicapante.

22. Le 24 février 2020, le Dr G_____, du SMR, a proposé de suivre les conclusions du Dr F_____. La capacité de travail était nulle de janvier à juin 2019, puis de 100 % dans toute (sic) activité.

23. Le 25 mars 2020, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 0,26 % dès le 26 septembre 2019.

24. Par projet de décision du 27 mars 2020, l'OAI a alloué à l'assurée du 1er juillet au 31 décembre 2018 une demi-rente d'invalidité et du 1er avril 2019 au 31 décembre 2019 une rente entière d'invalidité. Dans l'ancienne activité la capacité de travail était nulle du 26 juin 2017 au 23 septembre 2018, de 50 % du 24 septembre 2018 au 31 décembre 2018 et nulle dès le 1er janvier 2019.

    Dans une activité adaptée à l'état de santé, la capacité de travail était nulle du 26 juin 2017 au 14 janvier 2018, de 50 % du 15 janvier 2018 au 23 septembre 2018, de 100 % du 24 septembre 2018 au 31 décembre 2018, nulle du 1er janvier 2019 au 25 septembre 2019 et de 100 % dès le 26 septembre 2019.

25. Le 12 mai 2020, l'assurée, représentée par un avocat, a contesté le projet de décision en faisant valoir que son état ne s'était pas amélioré depuis le 26 septembre 2019 ; elle présentait toujours une impotence du bras et de la main gauches et des douleurs ; le Dr F_____ se contredisait en attestant d'une reprise de travail ; l'OAI devait prendre en compte les avis des Drs C_____, H_____, médecin chef de clinique aux HUG, et I_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique ; elle avait droit à une rente entière d'invalidité. Elle a joint :

    - Un rapport du 11 décembre 2019 du Dr H_____ selon lequel l'assurée présentait des douleurs persistantes au coude avec une très bonne fonction

globale du coude et un status encore légèrement inflammatoire compatible avec le status post opératoire.

- Un rapport du 23 décembre 2019 du Dr I_____, selon lequel l'assurée se plaignait d'une tuméfaction douloureuse persistante, d'une limitation de l'extension du coude et de paresthésie isolée d'un doigt. Il s'agissait donc de douleurs persistantes à quelques mois d'une cure chirurgicale de son épicondylite gauche avec une tuméfaction persistante, probablement d'origine cicatricielle ainsi qu'une limitation de son extension avec un déficit d'environ 35 degrés en lien avec une immobilisation de longue durée en pré, per et post opératoire. Les paresthésies de la main gauche, apparaissant dans un second plan, sur une probable atteinte sensitive du nerf cubital au coude et n'avaient pas de lien avec l'accident. Pour cela, un avis neurologique avec une ENMG était proposé. Concernant les douleurs du coude gauche, il était proposé de poursuivre les séances de physiothérapie pour un gain d'extension. L'option chirurgicale pour une transposition du nerf cubital était à retenir en cas d'une gêne permanente et invalidante des paresthésies et après avis neurologique.

26. Le 20 mai 2020, le Dr G_____, du SMR, a considéré que des renseignements devaient être demandés au Dr I_____.

27. Le 9 juin 2020, le Dr I_____ a indiqué que l'assurée présentait une limitation de la mobilité du coude gauche (environ 30°) surtout en flexion/extension ainsi que les promo-supinations et du port de charges de plus de 2 - 3kg ; elle présentait des douleurs, avec tuméfaction sur cicatrice post-opération épicondyle et signe de compression du nerf cubital au coude gauche, avec paresthésie dans le territoire cubital. La capacité de travail était nulle comme manutentionnaire et de 100 % dans un poste adapté.

28. Le 6 juillet 2020, le Dr G_____, du SMR, a estimé qu'il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé depuis le dernier avis du SMR du 24 février 2020.

29. Le 6 juillet 2020, l'OAI a transmis à la Caisse Swissempcamp la motivation de son projet de décision.

30. Le 14 septembre 2020, l'assurée, représentée par son avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 31 juillet 2020 (sic), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2018, subsidiairement à l'octroi de mesure de réinsertion. Son état de santé ne s'était pas amélioré depuis le 26 septembre 2019 ; la répétition de mouvements engendrait des douleurs, ce qui l'empêchait de retrouver un emploi ; elle ne disposait que d'une formation d'esthéticienne qu'elle ne pouvait exercer, de sorte qu'elle souhaitait des mesures de réinsertion. Elle a produit un courriel de « suivi candidature » que lui avait adressé un consultant chez Manpower, l'informant que suite aux tests horlogers qu'elle avait effectués, son dossier ne pouvait être proposé dans ce domaine, vu les exigences de gestes répétitifs et de manière très cadencée qu'elle ne pouvait assumer.

31. Par deux décisions du 14 septembre 2020, l'OAI a alloué à l'assurée, d'une part, une demi-rente d'invalidité du 1er juillet au 31 décembre 2018, d'autre part une rente entière d'invalidité du 1er avril 2019 au 31 décembre 2019.

32. Le 12 octobre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que les limitations fonctionnelles attestées par le SMR n'engendraient pas une impotence du bras et de la main gauche, et qu'une mesure d'ordre professionnel ne se justifiait pas, compte tenu d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

33. Le 17 septembre 2020, la recourante a indiqué qu'elle avait reçu une nouvelle décision le 14 septembre 2020 contre laquelle elle recourait également.

34. Le 2 novembre 2020, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours.

35. Le 9 décembre 2020, la recourante a conclu à la recevabilité de son recours et a relevé que le rapport du Dr I_____ du 9 juin 2020 était contesté car ce médecin ne l'avait auscultée que le 23 décembre 2019. Elle ne pouvait effectuer des mouvements répétitifs avec le bras, de sorte que le marché équilibré du travail ne lui offrait pas de possibilité concrète de retrouver une activité.

36. Par arrêt sur partie du 11 janvier 2021 (ATAS/11/2021), la chambre de céans a déclaré le recours recevable dès lors que la recourante avait indiqué le 17 septembre 2020 recourir à l'encontre des décisions du 14 septembre 2020.

37. Le 1er mars 2021, la chambre de céans a entendu la recourante en audience. Celle-ci a déclaré : « Je travaillais pour B_____ SA avec un contrat de 60 % mais dans les faits il s'agissait d'un taux de 100 %.

    Les médecins m'ont dit que j'avais une fissure partielle du tendon du coude. Je ne sais pas si j'ai guéri de cette lésion mais j'ai encore des douleurs lorsque j'utilise mon coude gauche. Je suis droitière. Mon traitement est terminé et je ne suis plus suivie par aucun médecin.

    La décision sur opposition de la SUVA a été envoyée en courrier A Plus. Lorsque le recours devait être déposé il était tardif. C'est pour cette raison que la décision de la SUVA n'a pas été contestée.

    Je considère que je suis capable de travailler dans une activité adaptée mais je n'arrive pas à trouver une telle activité. En effet, je suis empêchée de porter des charges de plus de 3 kg et de faire des mouvements répétitifs avec le bras gauche. Les limitations fonctionnelles fixées par le Dr F_____ correspondent à ce que je ressens aujourd'hui. J'ai de la peine à trouver un travail qui soit adapté à ces limitations. Je considère que je serais capable de travailler à 100 % dans une telle activité. Je me suis inscrite au chômage en juillet 2020. On m'a conseillé de chercher un travail dans l'horlogerie mais celui-ci implique le port de charge et les mouvements répétitifs que je ne peux pas faire. Je ne peux pas non plus faire du nettoyage et je n'ai pas de formation pour un travail de bureau. J'ai un diplôme d'esthéticienne mais celui-ci implique des mouvements avec les bras que je ne peux pas faire. Je n'ai plus de droit au chômage dès le 2 mars 2021. En septembre 2018

je me suis inscrite au chômage pour un taux de 50 % conseillé par mon médecin et j'ai bénéficié d'un délai cadre jusqu'en septembre 2020, prolongé en raison du COVID jusqu'au 2 mars 2021. Le chômage ne m'a proposé ni cours ni formation. Je souhaite une aide de l'AI pour retrouver un emploi adapté à mes limitations. »

L'avocate de la recourante a déclaré : « Nous demandons une nouvelle expertise médicale pour fixer les limitations de ma cliente. »

38. Le 4 mars 2021, l'OAI a transmis à la chambre de céans un courrier de la recourante demandant le remboursement des cotisations AVS/AI, lequel a été transmis à la Caisse cantonale genevoise de compensation.

39. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a indiqué le 29 mars 2021 que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas de nature à réduire le dommage et n'étaient pas simples et adéquates. Au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général – et le marché de travail équilibré en particulier - on devait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante. Par ailleurs, ses propres déclarations lors de l'audience du 1er mars 2021 démontraient que la recourante était tout à fait apte à reconnaitre les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles.

40. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2018, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail, ainsi que sur son droit à une mesure de réadaptation.

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. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la

réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

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

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur

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

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

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

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. a. Selon l'art. 8 al. 1er 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. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir

une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

c. L'art. 14a al. 1 LAI prévoit que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel.

12. a. En l'occurrence, la recourante invoque une incapacité de travail totale dans toute activité depuis son accident et conclut à un droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er juillet 2018, subsidiairement à l'octroi d'une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, voire d'une mesure d'orientation professionnelle.

b. Contrairement à l'avis de la recourante, l'intimé ne s'est pas uniquement basé sur le rapport du Dr I_____ du 9 juin 2020 pour rendre la décision litigieuse mais a pris en compte ceux du Dr C_____, médecin traitant de la recourante, des 1er mars et 27 juillet 2018, attestant d'une capacité de travail de la recourante de 50 %, puis du 14 mars 2019, attestant d'une intervention chirurgicale le 23 janvier 2019 et d'une capacité de travail de 100 % quatre mois plus tard, ainsi que ceux du Dr F_____, médecin-conseil de la SUVA, des 26 septembre 2019 et 5 février 2020, attestant d'une capacité de travail totale de la recourante, dans une activité adaptée. Le 9 juin 2020, le Dr I_____ a ensuite confirmé la capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Aucun rapport médical au dossier n'atteste d'une capacité de travail nulle de la recourante dans toute activité, hors les périodes admises par l'intimé.

Force est de constater que l'évaluation de la capacité de travail de la recourante par l'intimé doit être confirmée, ce d'autant que, pour la période dès le 26 septembre 2019, la recourante admet elle-même être capable de travailler dans une activité adaptée (procès-verbal d'audience du 1er mars 2021).

La capacité de travail de la recourante dans l'ancienne activité est ainsi nulle du 26 juin 2017 au 23 septembre 2018, de 50 % du 24 septembre 2018 au 31 décembre

2018 et nulle dès le 1er janvier 2019 et, dans une activité adaptée, elle est nulle du 26 juin 2017 au 14 janvier 2018, de 50 % du 15 janvier au 23 septembre 2018, de 100 % du 24 septembre au 31 décembre 2018, nulle du 1er janvier au 25 septembre 2019 et de 100 % dès le 26 septembre 2019.

En particulier, compte tenu de la récupération, par la recourante, d'une capacité de travail totale depuis le 26 septembre 2019 dans une activité adaptée, la suppression du droit à la rente entière d'invalidité au 31 décembre 2019, par le biais de la révision, ne peut qu'être confirmée.

c. S'agissant des mesures de réadaptation requises, il convient de constater que la recourante ne peut prétendre à une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle dès lors qu'elle s'adresse à l'assuré qui présente une incapacité de travail de 50 % au moins tant dans sa profession que dans un autre domaine d'activité (arrêt du Tribunal fédéral 9C 597/2010 du 7 février 2011), alors que la recourante présente, depuis le 26 septembre 2019, une capacité de travail totale dans un activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ; par ailleurs, une telle mesure n'est justifiée que si, sans elle, la réadaptation professionnelle serait tout à fait impossible (arrêt du Tribunal fédéral 9C 385/2009 du 13 octobre 2009), ce qui n'est pas allégué par la recourante ni résulte des pièces versées à la procédure.

En revanche, une mesure d'orientation professionnelle apparait justifiée, dès lors que la recourante ne peut plus exercer son ancienne activité et que ses limitations fonctionnelles rendent difficile le choix d'une profession (limitation de la mobilité du coude gauche, du port de charge de plus de 3 kg, pas d'utilisation répétée du membre supérieur gauche et pas d'utilisation de machines vibrantes). Cette mesure apparait d'autant plus appropriée que la recourante est motivée par une réinsertion professionnelle (procès-verbal d'audience du 1er mars 2021) et qu'elle est jeune, ce qui implique plusieurs années d'une activité professionnelle à venir.

Par ailleurs, l'intimé estime que le marché du travail comprend un large éventail d'activités simples et répétitives que la recourante pourrait assumer ; or, cet argument ne tient pas compte du fait que celle-ci est précisément limitée dans ce genre d'activité, ce qui lui a, en particulier, été rappelé par le consultant de Manpower s'agissant des activités du domaine de l'horlogerie, lequel implique des gestes répétitifs que la recourante n'est plus en mesure d'effectuer.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée, dans le sens que la recourante a droit à une mesure d'orientation professionnelle.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimé du 14 septembre 2020 dans le sens que la recourante a droit à une mesure d'orientation professionnelle.
4. Alloue une indemnité de CHF 1'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
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	La présidente
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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