RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3484/2020 **ATAS/866/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 août 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Grand-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI	recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Jean-Pierre WAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1962, est d'origine marocaine et arrivée en Suisse en 1997. Elle a été naturalisée suisse en 2005. Elle a travaillé en dernier lieu en qualité de secrétaire-réceptionniste jusqu'au 30 octobre 2012, date pour laquelle son contrat de travail a été résilié.

2. En avril 2013, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une chondropathie de la hanche droite et d'une dépression. Par décision du 20 avril 2014, cette demande a été refusée.

3. Le 26 septembre 2014, elle a été heurtée par une voiture circulant à une vitesse de 30 km/h alors qu'elle traversait la route sur un passage piéton. Par rapport du même jour, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie et cheffe de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué une entorse du genou droit avec une suspicion de lésions du ligament latéral intérieur et du ligament croisé antérieur. L'assurée faisait état de douleurs cervicales, thoraciques postéro-latérales gauches, du bas du dos, de la hanche droite, ainsi que du genou et de la cheville droite. Les radiographies du genou et de la cheville n'avaient pas révélé de lésion osseuse et un CT total-body avait permis d'exclure un saignement intracrânien, une fracture et des lésions thoraciques ou abdominales. L'assurée n'avait pas présenté de traumatisme crânien. L'incapacité de travail était totale dès l'accident.

4. Les suites de l'accident ont été prises par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

5. En date du 16 octobre 2015, l'assurée a été examinée par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA. Dans son rapport du 19 octobre 2015, ce médecin a diagnostiqué un traumatisme du genou droit associant une entorse du genou « gauche » avec une lésion partielle du ligament croisé antérieur, ainsi que des douleurs rotuliennes. Depuis quatre mois, l'assurée était suivie sur le plan psychologique. Le Dr C_____ a conclu que l'évolution au niveau de l'épaule droite était tout à fait favorable, avec une mobilité complète retrouvée. Au niveau du genou droit, les suites avaient été plus compliquées avec la mise en évidence d'une lésion du ligament croisé antérieur et une chondropathie rotulienne de stade III à IV sur le dernier examen. Actuellement, l'évolution était plutôt favorable après un recentrage de la rééducation. Dans l'exercice d'une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise tout en permettant quelques déplacements à plat sans devoir se déplacer dans des escaliers, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50%.

6. La SUVA a mis fin à ses prestations le 1er mars 2016, ce qu'elle a confirmé par sa décision du 19 octobre 2016. L'opposition contre cette décision et le recours contre la décision sur opposition, ainsi que la demande en révision de l'arrêt du 1er mars 2018 de la chambre de céans ont été rejetés (ATAS/172/2018 et ATAS/1016/2018).

7. Depuis avril 2016, l'assurée est entretenue par l'Hospice général.

8. Dans un rapport du 5 juillet 2016, le docteur D_____, radiologue FMH, a indiqué que l'IRM cervicale effectuée la veille avait essentiellement démontré des remaniements débutants de la charnière cervico-occipitale sans atteinte inflammatoire ou argument pour une lésion ligamentaire concomitante. La minime discopathie C5-C6 n'engendrait ni conflit ni sténose neuroforaminale.

9. Selon le rapport du 12 mai 2017 du Dr E_____, médecin-conseil de l'Hospice général, l'assurée souffrait de problèmes médicaux graves et chroniques. Sa capacité de travail était nulle et aucune activité professionnelle n'était envisageable. Il lui a fortement conseillé de déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

10. Dans son rapport du 30 mai 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en orthopédie, a posé les diagnostics de tendinopathie du coude droit, suspicion d'une épaule douloureuse instable avec des lésions des ligaments gléno-huméral supérieur et partiellement moyen de l'épaule droite, d'arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite, et de lésions ligamentaires du genou « gauche ». L'épaule et le coude droit étaient symptomatiques. Les douleurs initiales légères du membre supérieur droit s'étaient exacerbées rapidement après l'accident en crescendo continuel, surtout au coude avec une irradiation le long de l'avant-bras jusqu'à la main, indépendamment de l'activité ou du repos. Les douleurs de l'épaule droite demeuraient liées à l'activité et à la mobilisation. Une échographie du coude droit réalisée le 11 mai 2017 avait révélé une discrète tendinopathie pré-insertionnelle des tendons communs des extenseurs à l'épicondyle latéral et une discrète irrégularité de la structure fibrillaire avec une minime hyperémie.

11. Le 7 juillet 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Cette demande était motivée par une chondropathie de la hanche droite, des douleurs de la cheville droite, des douleurs articulaires séquellaires à son accident du 26 septembre 2014, un état dépressif réactionnel et une tumeur cérébrale.

12. Dans son rapport du 15 septembre 2017, le Dr F_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés. L'assurée avait bénéficié d'une infiltration au niveau des tendons extenseurs du coude droit le 3 août 2017. Il lui avait certifié une incapacité de travail de 100% du 3 au 10 août 2017, avec une reprise à 100% dès le 11 août 2017. La situation était stabilisée avec un effet positif lors de l'infiltration, laquelle pourrait être répétée en cas de rechute. Les symptômes de l'épaule droite étaient encore présents, avec une fragilité lors de certains mouvements, mais sans être handicapants. La recourante parvenait à réaliser toutes les activités, du quotidien ou professionnelles, en s'adaptant sans trop de gêne.

13. Le 20 septembre 2017, l'assurée a subi une exérèse chirurgicale d'un épendymome du quatrième ventricule (tumeur cérébrale) par le docteur G_____, neurochirurgien FMH. Selon son rapport du 20 mars 2018, l'évolution

neurochirurgicale post opératoire était excellente, sans séquelles neurologiques ou neuropsychologiques.

14. Dans son courrier du 6 novembre 2017, le docteur H_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a indiqué qu'il n'existait pas de lésions objectivement démontrables concernant les douleurs de la cheville droite, à part une enthésopathie du ligament tibio-fibulaire droit. Il y avait peut-être une composante de type algodystrophie de Südeck.

15. Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après: IRM) réalisée le 17 avril 2018 a mis en évidence à la main droite une synostose luno-triquétale, un minime œdème du tupercule du trapèze et une synovite métacarpo-phalangienne du 1er, 2ème et 3ème rayon. Au coude droit, cet examen a confirmé des signes de tendinopathie insertionnelle du tendon commun des fléchisseurs associés à des signes de péri-tendinite avec infiltration œdémateuse péri-tendineuse et œdème de l'épicondyle médial. Il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire décelable.

16. Selon le rapport du 17 avril 2018 de la doctoresse I_____, cheffe de clinique au Centre de chirurgie & thérapie de la main, l'assurée présentait une épitrochléalgie associée à un syndrome du nerf ulnaire, ce qui nécessitait une prise en charge chirurgicale au vu de l'échec du traitement conservateur. Elle souffrait également d'une tendinopathie du fléchisseur du carpe, pour laquelle un traitement conservateur allait être initié. Une infiltration, puis une opération pourraient être proposées en cas d'échec.

17. Dans son rapport du 2 mai 2018, le docteur J_____, rhumatologue FMH, a mentionné des douleurs au coude droit, des cervicalgies récidivantes, des douleurs au pied et à la cheville droits, ainsi que des douleurs au genou droit. Le traitement consistait en antiinflammatoires et antidouleurs. L'incapacité de travail était totale depuis la date de la première consultation chez ce médecin en date du 11 mars 2016, pour une durée indéterminée. L'assurée devait par ailleurs prochainement se faire opérer au coude. Il y avait des limitations fonctionnelles pour taper sur un clavier d'ordinateur, les mouvements répétitifs des bras, le port d'objets lourds, la marche prolongée et rapide, les escaliers et les échelles.

18. Selon le rapport de la doctoresse K_____, neurologue FMH, du 7 mai 2018, l'assurée souffrait, sur le plan psychique, d'un état dépressif chronique et présentait des limitations fonctionnelles du type fatigabilité, troubles de la concentration et troubles mnésiques, ainsi que d'un inversement des syllabes. Ce médecin avait vu l'assurée pour la dernière fois en juillet et décembre 2016.

19. Dans son avis médical du 8 octobre 2018, le docteur L_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a retenu comme atteintes incapacitantes une arthrose du genou droit, une tendinopathie de la cheville droite, une arthrose du pied droit et des cervico-dorsalgies récidivantes. L'incapacité de travail avait débuté le 11 mars 2016. Rien empêchait l'assurée de continuer une activité administrative à 100 % telle que secrétaire-réceptionniste

pour autant qu'elle respectât les limitations fonctionnelles. Le SMR n'a pas retenu une atteinte psychique durable, dès lors que l'état dépressif était réactionnel aux douleurs et que l'assurée n'était pas suivie sur le plan psychiatrique. Aucun symptôme notable et durable de la lignée dépressive n'était non plus évoqué par les médecins ni un traitement psychotrope prescrit. Dans les limitations fonctionnelles, le SMR a retenu l'évitement de mouvements répétitifs des bras et les bras surélevés, l'utilisation continue du clavier d'ordinateur, le port de charges de plus de 10 kg occasionnels ou 5 kg répétés, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, les escaliers, les échelles, la position accroupie ou à genoux, l'évitement des mouvements de torsion et de rotation du dos et de la tête.

20. Le 30 novembre 2018, l'assurée a été opérée à la hanche droite par le docteur M_____, chirurgien orthopédique FMH. L'opération a consisté en une levée du conflit coxo-fémoral par voie arthroscopique.

21. Dans son rapport du 8 janvier 2019, le Dr M_____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 18 septembre 2018, date de la première consultation. L'assurée marchait avec des cannes et la capacité de travail était toujours nulle durant la période post-opératoire.

22. Le 12 avril 2019, le Dr M_____ a effectué une suture du ménisque interne, une résection méniscale partielle externe, une synovectomie pour une chondropathie stade II-III du genou droit avec des microfractures du plateau tibial externe et une déchirure partielle du ménisque interne et externe.

23. Selon le rapport du 3 avril (recte mai) 2019 du Dr M_____, la situation n'était pas stabilisée suite à l'intervention au genou droit. L'incapacité de travail était toujours de 100 %. Il a par ailleurs indiqué que l'assurée était suivie par la doctoresse I_____, chirurgienne orthopédique FMH, pour une épicondylite droite et des douleurs de la main post-opératoires.

24. Le 28 novembre 2019, l'assurée a été soumise à une expertise par les docteurs N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et O_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, au Bureau d'expertises médicales (ci-après : BEM). Dans leurs conclusions consensuelles de leur rapport du 14 janvier 2020, les experts ont émis les diagnostics de status après deux arthroscopies de la hanche droite et une arthroscopie du genou droit avec des troubles dégénératifs modérés au niveau de ces articulations. Sur le plan psychique, aucun diagnostic n'a été retenu. L'assurée bénéficiait de nombreuses ressources au niveau psychique, pouvant se déplacer en utilisant les transports publics, et ayant une présentation corporo-vestimentaire soignée. Même si elle était limitée par des phénomènes algiques orthopédiques, elle savait planifier et structurer des tâches. Elle savait s'adapter aux règles et routines. Ses difficultés étaient d'ordre algique et financier. À cela s'ajoutait un vécu d'injustice en raison de la non-reconnaissance par la SUVA des séquelles de son accident, à savoir les douleurs de l'hémicorps droit. Les plaintes de l'assurée étaient cohérentes au niveau somatique. Elle

reconnaissait que les interventions au niveau de la hanche et du genou droits avaient apporté une diminution des douleurs, tout en estimant que la hanche restait fragile. Le tableau clinique était également cohérent au niveau psychique. Il n'y avait pas de limitations uniformes dans les activités de tous les domaines d'existence, l'assurée effectuant ses courses et les tâches ménagères à son rythme et de manière fractionnée, ainsi que préparant des repas avec des amis ou seule. La capacité de travail comme secrétaire-réceptionniste était ainsi complète, selon les deux experts.

Dans le corps de l'expertise est notamment mentionné sous « anamnèse actuelle » dans le cadre de l'examen orthopédique, que l'assurée mettait en avant une épicondylite du coude droit l'empêchant d'utiliser un ordinateur. À l'examen, la température et la transpiration des doigts étaient sans particularité et l'enroulement des doigts était complet. L'extension de l'index droit contre résistance était déclarée sensible L'épicondyle du coude droit était légèrement sensible à la palpation, sans qu'on mît en évidence un œdème ou une tuméfaction. La pro-supination contre résistance était négative. Il existait des douleurs à la palpation de l'épicondyle et au niveau de l'épitrochlée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter la marche prolongée, la position statique debout prolongée, la descente et la montée répétée d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, ainsi que les positions à genoux ou accroupies. La capacité de travail était complète six mois après la dernière intervention arthroscopique du genou droit, soit dès le 13 octobre 2019.

25. Par courrier du 19 décembre 2019, le Dr M_____ a informé le conseil de l'assurée que celle-ci présentait un status post lésion du labrum à la hanche droite avec deux arthroscopies, un status post résection méniscale du genou droit et ancienne lésion du ligament croisé antérieur et des douleurs antérolatérales à la cheville droite d'origine indéterminée sur séquelle d'une entorse de la cheville. L'incapacité de travail était totale en tant que secrétaire-réceptionniste. La situation n'était pas stabilisée en raison de douleurs résiduelles du genou, de la hanche et de la cheville du côté droit. La marche était limitée à 30 minutes, avec des douleurs le soir, et elle souffrait de douleurs à la hanche dans la position assise après 30 minutes, ce qui l'obligeait à se mobiliser continuellement. L'état s'aggravait et la cheville droite n'avait pas encore été traitée. Ce médecin proposait de la physiothérapie pour la hanche et le genou droits et une arthroscopie de la cheville.

26. Sur la base de l'expertise, le Dr L_____ du SMR a retenu, dans son avis médical du 5 février 2020, une incapacité totale de travailler du 11 mars 2016 au 12 octobre 2019 et une capacité de travail totale dès cette date.

27. Le 27 février 2020, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui accorder une rente complète limitée dans le temps de janvier 2018, soit six mois après le dépôt de sa demande, à janvier 2020.

28. Dans son rapport du 26 mars 2020 au conseil de l'assurée, le Dr M_____ a notamment attesté que des douleurs résiduelles du genou droit persistaient à la marche, surtout dès 30 minutes de marche, et que les douleurs apparaissaient dès le début de la mobilisation du genou et rendaient même un travail de bureau impossible. Les douleurs étaient météodépendantes et nécessitaient une médication et des emplâtres anti-inflammatoires. Les lésions du genou pouvaient théoriquement évoluer vers une arthrose.

29. Le 7 mai 2020, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a relevé l'absence totale de discussion et d'analyse des différents éléments du dossier orthopédique par l'expert orthopédique. Il n'avait pas motivé son point de vue et avait ignoré l'ensemble des documents médicaux antérieurs. En particulier, il avait omis de mentionner l'épicondylite qui l'empêchait d'utiliser un clavier d'ordinateur et d'exercer la profession de secrétaire-réceptionniste. Concernant le genou droit, il avait constaté que le sautillement unipodale était possible à une reprise du côté gauche, mais déclaré irréalisable à droite et qu'il existait un minime épanchement intra-articulaire. Selon cet expert, « Au Lachmann, la course est prolongée avec un arrêt dur. Le rabot rotulien montre quelques frottements et le test de Mc Murray externe est sensible. » Cela ne permettait pas de conclure à une capacité de travail complète. Cette appréciation était au demeurant contredite par le rapport du Dr M_____ qui retenait une incapacité de travail totale en tant que secrétaire-réceptionniste en raison de lésions du genou, de la hanche et de la cheville droits dans un contexte de péjoration constante. Elle avait par ailleurs indiqué à plusieurs reprises à l'expert psychiatre souffrir de douleurs incapacitantes et qu'il lui était impossible de travailler dans des professions où elle ne gérait pas l'emploi de son temps, dès lors qu'elle devait pouvoir contrôler l'apparition des phénomènes douloureux. À cet égard, il ressortait du dossier médical qu'elle souffrait de nombreuses douleurs et affections, à savoir à la hanche, au genou, à l'épaule, au cheville, au pied, au coude et à la main du côté droit, ainsi qu'à la tête et au dos. L'ampleur de ces douleurs et leur répercussion sur la capacité de travail n'avaient pas été examinées par les experts. L'expertise était ainsi lacunaire et n'avait aucune valeur probante, si bien qu'une nouvelle expertise était nécessaire.

30. Dans son avis médical du 22 mai 2020, la doctoresse P_____ du SMR a considéré que les rapports du Dr M_____ ne relevaient pas d'élément médical objectif nouveau et que l'expert orthopédique avait tenu compte de l'ensemble du dossier médical. Il n'avait pas mis en évidence de limitation fonctionnelle évidente, notamment pas de limitation des amplitudes articulaires ou à la marche, l'assurée se déplaçant sans béquilles et étant totalement autonome dans les activités quotidiennes. Quant à la cheville, il n'y avait pas d'indication opératoire, en l'absence de lésion ligamentaire, selon le Dr H_____. Même si une arthroscopie de toilettage devait être effectuée, l'incapacité de travail y consécutive serait limitée à moins de trois mois. Les cervicalgies et lombalgies chroniques devaient être

qualifiées de communes, compte tenu des troubles dégénératifs très discrets radiologiquement et l'absence d'un syndrome vertébral et d'un déficit neurologique. Il n'y avait pas non plus de limitation fonctionnelle au coude droit. La rizarthrose débutante radiologique n'avait pas été corrélée à l'examen clinique. L'évolution post-opératoire de la tumeur postérieure du IVème ventricule avait été favorable avec une nette diminution des céphalées, selon le Dr G_____. Quant aux signes d'hémosidérose superficielle des espaces sous-arachnoïdiens, découverts lors de l'IRM du 5 juillet 2019, ils n'étaient associés à aucun diagnostic ni manifestation clinique particulière. Partant, cette affection n'était pas incapacitante. Certes, la Dresse K_____ a fait état de douleurs chroniques de l'hémicorps droit, de céphalées mixtes, de fatigabilité, de troubles de la concentration, de troubles mnésiques et d'un inversement des syllabes. Ces troubles n'avaient toutefois pas été confirmés par l'expert psychiatre. Par conséquent, il y avait lieu de suivre les conclusions de l'expertise, sous réserve du résultat de la dernière IRM cérébrale.

31. Dans son rapport du 20 juillet 2020, le Dr G_____ a indiqué que l'évolution après la résection de l'ependymome avait été favorable. L'assurée était actuellement suivie pour l'apparition d'un dépôt d'hémosidérose corticale cérébrale bilatérale. Toutefois, l'IRM cérébrale du 10 juin 2020 était rassurante et ne révélait pas d'évolution notable. L'assurée était angoissée et prenait du Xanax. Elle ne souffrait cependant pas de maux de tête ou de symptôme neurologique nouveau. La capacité de travail était de 100 % au niveau neurochirurgical, mais il fallait voir avec le neurologue pour plus de précisions.

32. Par décision du 6 octobre 2020, l'OAI a confirmé la motivation de son projet de décision concernant l'octroi d'une rente limitée dans le temps de janvier 2018 à janvier 2020. Dans son calcul du montant de la rente et de la durée du versement de celle-ci, il a toutefois omis de limiter le versement de la rente jusqu'à fin janvier 2020.

33. Par acte du 30 octobre 2020, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur la question de l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative, et principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière non limitée dans le temps dès janvier 2018, sous suite de dépens. Dans sa motivation, elle a repris les arguments de son opposition au projet de décision de l'intimé. C'était à tort que le SMR avait considéré que tous les éléments médicaux avaient été pris en considération par les experts. Par ailleurs, les derniers rapports du Dr M_____ ne faisaient pas partie du dossier médical remis à l'expert.

34. Par décision du 18 novembre 2020, l'OAI a annulé sa décision du 6 octobre 2020 et l'a remplacée par une décision limitant le droit à la rente à la période de janvier 2018 à janvier 2020, tout en reprenant la même motivation.

35. Dans sa réponse du 1er décembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base de l'expertise à laquelle il a attribué une pleine valeur probante.

36. Dans sa réplique du 16 décembre 2020, la recourante a considéré que le contenu et la motivation de la décision du 18 novembre 2020 étaient strictement identiques à ceux du 6 octobre 2020, de sorte que la présente procédure de recours conservait sa pleine validité. Pour le surplus, elle a repris son argumentation antérieure et a persisté dans ses conclusions.

37. Lors de l'audition du 5 mai 2021, la recourante a déclaré ce qui suit:

    "Depuis mon accident survenu en 2014, je suis abîmée de partout. Je ne peux pas rester longtemps debout ou assise. Je souffre en particulier de douleurs à l'épaule droite et au coude, ainsi qu'à la main. La Doctoresse I_____, qui me suit en particulier pour l'épicondylite, pense que je dois être opérée au coude.

    À cela s'ajoutent des migraines à cause d'atteintes au nerf trijumeau et au nerf Arnold."

38. Par courrier du 19 mai 2021, la Dresse I_____ a fait savoir à la chambre de céans qu'elle était d'accord avec les conclusions de l'expertise des Drs N_____ et O_____ sauf en ce qui concerne les diagnostics de rhizarthrose et de kyste de la main droite, lesquels lui avaient été attribués, ce qui était erroné. Elle a relevé à cet égard que "L'IRM de 2018 mettait en évidence une légère synovite métacarpophalangienne dès 1er, 2e et 3e rayons (sans répercussion clinique, donc sans lien avec la situation actuelle), une légère tendinopathie du tendon fléchisseur radial du carpe en regard du tubercule du trapèze sans arthrose associée". Lors du dernier examen clinique du 7 mai 2020, l'assurée souffrait d'une très légère épicondylite et d'une légère épitrochléite de son coude droit avec un léger syndrome cubitale irritatif. Partant, il n'y avait pas ou peu de limitation fonctionnelle dans la profession de secrétaire réceptionniste. Il n'y avait actuellement pas d'indication pour une opération, une ergothérapie étant suffisante. En 2018, l'épitrochéalgie et le syndrome irritatif du nerf ulnaire avaient été un peu plus florides, si bien qu'une prise en charge chirurgicale avait été discutée. En 2017, la recourante avait subi une infiltration avec une évolution favorable. En cas de besoin, une infiltration pourrait être répétée.

39. Dans son avis médical du 31 mai 2021, la Doctoresse N. P_____ du SMR a retenu que, selon le rapport de la Dresse I_____, la recourante avait présenté une épicondylite et une épitrochlée du coude droit motivant une prise en charge depuis au moins 2018, qui avaient été traitées favorablement par ergothérapie. En mai 2020, il n'y avait plus de limitations fonctionnelles dans son activité habituelle. Toutefois, dès lors qu'une incapacité de travail totale avait été admise entre le 11 mars et le 13 octobre 2019, il n'était pas nécessaire d'établir s'il y avait des limitations fonctionnelles en 2018, dans la mesure où l'examen clinique du 28 novembre 2019, dans le cadre de l'expertise, n'avait pas montré des anomalies au niveau des coudes.

40. Dans ses écritures du 2 juin 2021, l'intimé a fait sien l'avis médical précité.

41. Dans son rapport du 21 juin 2021 au Dr J_____, le docteur Q_____, chirurgien de la main, n'a pas jugé souhaitable de soumettre la recourante à un traitement chirurgical et a proposé de lui administrer une infiltration cortisonée dont elle n'avait jamais bénéficié. En ce qui concerne la neuropathie ulnaire irritative, il a conseillé du stretching neuromusculaire, d'éviter les positions accoudées ou coudes fléchis de manière prolongée. Quant à la capacité de travail, il a indiqué "dans le cadre d'une activité adaptée par exemple comme réceptionniste téléphoniste avec une charge minimum de dactylographie elle pourrait être complète mais il est évident qu'il est primordial d'éviter les mouvements répétitifs même légers qui sont responsables des épicondylalgies."

42. Dans sa détermination du 12 juillet 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions et a rappelé que le Dr J_____ avait considéré, dans son avis du 2 mai 2018, qu'elle présentait des limitations fonctionnelles pour les mouvements répétitifs, taper sur un clavier et soulever des objets lourds. Le Dr Q_____ avait également considéré qu'elle devait éviter les mouvements répétitifs même légers qui étaient responsables des épicondylalgies. Or, l'activité de secrétaire-réceptionniste impliquait des mouvements répétitifs, de sorte qu'il y avait une incapacité de travail dans cette profession. Les conclusions de la Dresse I_____ étaient ainsi contredites par les Drs J_____ et Q_____.

43. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 82*a* 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 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   En l'occurrence, la recourante a recouru initialement contre la décision du 6 octobre 2020, laquelle a été annulée et remplacée par la décision du 18 novembre 2020.

Toutefois, dans la mesure où la décision du 6 octobre comportait une inadvertance manifeste, en calculant une rente non limitée dans le temps, et où la motivation de ces deux décisions est parfaitement identique, il y a lieu de considérer que le recours vaut également pour la décision subséquente du 18 novembre 2020, ce que la recourante a au demeurant confirmé dans sa réplique du 16 novembre 2020, soit dans le délai de recours de 30 jours à compter de la seconde décision du 18 novembre 2020.

Partant, le recours est recevable.

5. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2020.

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.

8. 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).

9. 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).

b. 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).

10. 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.

a. 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).

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).

c. 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).

d. 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).

11. 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).

12. En l'occurrence, l'intimé a reconnu à la recourante une incapacité de travail jusqu'en octobre 2019. Il sied dès lors de déterminer si son état de santé s'est amélioré à cette date et s'il lui a permis de recouvrer une capacité de travail totale ou partielle.

a. Les experts du BEM retiennent, sur la base de leur examen clinique du 28 novembre 2019, les diagnostics de status après deux arthroscopies de la hanche droite et une arthroscopie du genou droit avec des troubles dégénératifs modérés au

niveau de ces articulations. Aucun diagnostic n'est retenu au niveau psychique, ce que la recourante ne conteste pas dans son recours.

Selon l'expert de chirurgie orthopédique, la recourante présente des limitations fonctionnelles pour la marche prolongée, la position statique debout prolongée, la descente et la montée répétée d'escalier, d'échelles ou d'escabeaux, ainsi que les positions à genoux ou accroupies. Sa capacité de travail est complète six mois après la dernière intervention arthroscopique du genou droit, soit dès le 13 octobre 2019.

b. Cette expertise remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en pleine connaissance du dossier, tient compte des plaintes de la recourante, repose sur des examens cliniques approfondis et contient des conclusions convaincantes. Il est vrai que les conclusions de l'expert orthopédique ne sont pas motivées. Il convient toutefois de considérer que la motivation de l'appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles résultent directement des constatations lors de l'examen clinique.

13. La recourante met en cause la valeur probante de cette expertise, la jugeant en particulier lacunaire. Elle reproche notamment au Dr N_____ d'avoir omis de mentionner l'épicondylite qui l'empêche d'utiliser un clavier d'ordinateur et d'exercer la profession de secrétaire-réceptionniste. Concernant le genou droit, les constatations de cet expert sont en outre incompatibles avec une capacité de travail complète. Ce faisant, elle se fonde sur les rapports des Drs M_____, J_____ et Q_____.

a. Il est vrai que le Dr N_____ n'émet pas le diagnostic d'épicondylite et ne retient pas non plus des limitations fonctionnelles en rapport avec une telle atteinte. Il n'a cependant pas ignoré cette affection, dès lors qu'il mentionne dans le corps de son expertise sous "anamnèse actuelle" que la recourante se plaint d'une épicondylite du coude droit l'empêchant d'utiliser un ordinateur. Il examine par la suite également le coude et la main droits. Selon ses constatations, la température et la transpiration des doigts sont sans particularité et l'enroulement des doigts est complet. L'extension de l'index droit contre résistance est déclarée sensible. L'épicondyle du coude droit est légèrement sensible à la palpation, sans œdème ou tuméfaction. La pro-supination contre résistance est négative. Au vu de ces constatations de peu de gravité à l'examen clinique, l'expert a probablement jugé qu'il n'y avait plus lieu de retenir les diagnostics d'épicondylite et d'épitrochléite du coude droit ni par conséquent des limitations fonctionnelles en rapport avec ces diagnostics.

Même si on aurait peut-être pu s'attendre à ce que l'expert mentionne ces diagnostics pour mémoire, son appréciation est en tout état de cause confirmée par la médecin traitante de la recourante, la Dresse I_____. En effet, dans son rapport du 19 mai 2021, celle-ci dit partager les conclusions de l'expertise. Elle est donc d'accord avec une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de secrétaire-réceptionniste.

Certes, la Dresse I_____ retient encore les diagnostics d'épicondylite et d'épitrochléite du coude droit. Il s'agit toutefois seulement d'une très légère épicondylite et d'une légère épitrochléite avec un léger syndrome cubitale irritatif, selon cette médecin.

Il ressort par ailleurs de son rapport que ces affections se sont améliorées depuis 2018 et que la symptomatologie est devenue plus modérée grâce à la prise en charge en rééducation. Cela étant, il est à supposer que l'amélioration s'était déjà produite lors de l'examen par le Dr N_____ en date du 28 novembre 2019.

b. Compte tenu de cette amélioration, le rapport du 2 mai 2018 du Dr J_____, selon lequel la recourante présente des limitations fonctionnelles pour la dactylographie et des mouvements répétitifs du bras droit, est dépassé. En effet, lors de l'expertise, de telles limitations n'ont pas pu être constatées et leur absence est confirmée par la Dresse I_____.

c. Il est vrai que le Dr Q_____ considère, dans son rapport du 21 juin 2021, que "il est évident qu'il est primordial d'éviter les mouvements répétitifs même légers qui sont responsables des épicondylalgies". Cependant, parallèlement, il déclare que la capacité de travail pourrait être complète dans le cadre d'une activité adaptée comme par exemple réceptionniste téléphoniste avec une charge minimum de dactylographie. Il ne retient par ailleurs pas d'indication opératoire et estime que les douleurs au coude pourraient être améliorées par des infiltrations cortisonées. Il est à cet égard à relever que la recourante avait déjà bénéficié d'une infiltration de plasma riche en plaquettes (ci-après: PRP) en 2017. Selon le rapport du Dr F_____ du 15 septembre 2017, la situation était alors stabilisée avec un effet positif de l'infiltration, laquelle pourrait être répétée en cas de rechute. En tout état de cause, le Dr Q_____ il ne fait pas état de nouveaux éléments médicaux qui auraient été ignorés par l'expert orthopédiste. Compte tenu de ce que les conclusions du Dr N_____ sont de surcroît confirmées par la médecin traitante, l'avis du Dr Q_____ n'est ainsi pas propre à mettre en doute les conclusions de l'expertise concernant la capacité de travail en tant que secrétaire réceptionniste.

d. La recourante se prévaut également des rapports du Dr M_____ des 19 décembre 2019 et 20 mars 2020. Ce médecin atteste que la capacité de travail est nulle en tant que secrétaire-réceptionniste du fait de douleurs résiduelles du genou, de la hanche et de la cheville du côté droit. En position assise, la recourante souffrait de douleurs à la hanche après 30 minutes, ce qui l'obligeait à se mobiliser continuellement.

En premier lieu, il sied de constater que des douleurs au genou et à la cheville ne limitent en principe pas un travail en position assise, d'autant moins que la recourante se déplace sans béquilles et est autonome dans ses activités quotidiennes. Quant aux douleurs à la hanche, nécessitant un changement de position après 30 minutes, il est possible d'aménager la place de travail afin que la recourante puisse également travailler en position debout.

Il est vrai que l'expertise ne mentionne pas les douleurs à la cheville. Toutefois, celles-ci ne limitent pas non plus sa capacité de travail dans une position assise, de sorte que cet oubli est sans conséquence pour l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle.

Partant, les rapports du Dr M_____ ne permettent pas d'infirmer les conclusions de l'expertise.

e. Quant à la présence de douleurs, il y a lieu de considérer avec le SMR que les cervicalgies et lombalgies chroniques sont à qualifier de communes, compte tenu des troubles dégénératifs très discrets radiologiquement et l'absence d'un syndrome vertébral et d'un déficit neurologique. S'agissant des douleurs au genou, à la hanche et à la cheville, elles peuvent être soulagées par des antidouleurs et des antiinflammatoires. Au demeurant, la recourante a reconnu dans le cadre de l'expertise que les interventions au niveau de la hanche et du genou droits avaient diminué les douleurs. Ces douleurs ne l'empêchent en outre pas d'être totalement autonome dans ses activités quotidiennes. Comme constaté dans l'expertise, elle peut se déplacer en transports publics, a une présentation corporo-vestimentaire soignée, sait planifier et structurer les tâches, est en mesure de s'adapter aux règles et routines.

Au vu de ce qui précède, il ne peut être retenu que l'ensemble des douleurs empêchent la recourante de travailler, d'autant plus qu'il y a des moyens de les soulager.

14. Il convient toutefois de constater, sur la base du rapport de la Dresse I_____ du 19 mai 2019, que la recourante a souffert en 2018 d'une épicondylite et d'une épitrochlée du coude droit d'une certaine gravité puisqu'à l'époque une intervention chirurgicale était envisagée. Il est à supposer que ces atteintes empêchaient la recourante de travailler en tant que secrétaire réceptionniste, dès lors que le Dr J_____ indique, dans son rapport du 2 mai 2018, une limitation fonctionnelle notamment pour taper sur un clavier d'ordinateur et les mouvements répétitifs des bras, ainsi qu'une incapacité de travail totale. Le SMR mentionne également dans son avis médical du 8 octobre 2018 une limitation fonctionnelle pour l'utilisation continue du clavier d'ordinateur. Quant à l'amélioration de ces affections, il ne peut être établi précisément à quel moment elle est intervenue, comme cela est également mentionné dans l'avis du SMR du 31 mai 2021. C'est dans l'expertise qu'il est constaté pour la première fois qu'il n'y a plus de limitations fonctionnelles en rapport avec ces atteintes. Cela étant, il y a lieu de considérer qu'une amélioration de l'épicondylite et de l'épitrochlée n'est établie qu'à partir de l'examen clinique dans le cadre de l'expertise en novembre 2019.

Par conséquent, dans la mesure où une amélioration est à prendre en considération seulement lorsqu'elle a duré 3 mois sans interruption notable (art. 88*a* al. 2 RAI), la rente ne doit être supprimée qu'à partir de mars 2020. La recourante a ainsi droit à une rente de janvier 2018 à février 2020.

Quant à ses difficultés financières, il convient d'attirer l'attention de la recourante sur son éventuel droit aux prestations complémentaires durant la durée du versement de la rente d'invalidité. Ces prestations doivent être requises auprès du service des prestations complémentaires.

15. Cela étant, le recours sera très partiellement admis et la décision réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière durant la période de janvier 2018 à février 2020.

16. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée 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]).

17. 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. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 6 octobre 2020 dans le sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière de janvier 2018 à février 2020.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
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 suppléante
Adriana MALANGA	Maya CRAMER

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