



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1011/2019

ATAS/1136/2019

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

**Arrêt du 10 décembre 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente ; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), de nationalité suisse, née le \_\_\_\_\_ 1964, est divorcée, mère d'une fille née en 1988 et d'un fils né en 1984.
2. Après avoir achevé sa scolarité obligatoire à Genève, l'assurée a suivi des cours de secrétariat en 1979 et 1980, sans toutefois obtenir de diplôme. Elle a ensuite travaillé pendant deux ans en tant qu'employée de bureau, pendant une année en qualité d'opératrice saisie dans une banque, puis a occupé divers postes dans les domaines de la restauration et de la vente.
3. Depuis le mois de mars 2000, elle était employée à remplir et entretenir des distributeurs automatiques de boissons et friandises.
4. Le 8 septembre 2002, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Passagère d'une moto, elle s'est fait heurter le genou gauche par un véhicule venant en sens inverse et a subi une importante plaie ouverte du genou.
5. Elle s'est retrouvée en incapacité de travail et a été par la suite licenciée avec effet au 31 mai 2003.
6. Le 18 mai 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), sollicitant le reclassement dans une nouvelle profession.

Elle indiquait souffrir d'une rupture traumatique du tendon quadricipital, d'une fracture parcellaire à l'extrémité inférieure gauche ouverte au stade II et d'une amputation traumatique de la trochlée fémorale gauche.

7. Dans un rapport du 17 novembre 2004, le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) a conclu à une capacité résiduelle de travail de 60 % (soit 80 % de rendement sur un temps partiel de 6 heures par jour), après une période d'adaptation, dans un emploi léger du secteur tertiaire, privilégiant la position assise (avec la possibilité d'alterner les positions et/ou de faire quelques pas) dans le circuit économique ordinaire. Les métiers retenus étaient les suivants : aide de bureau, réceptionniste, téléphoniste ou encore caissière de cinéma.

L'assurée devait éviter la station debout prolongée, les déplacements répétés ou ceux s'effectuant sur terrain instable, les escaliers ainsi que le port de charges. Ils avaient observé une résistance physique insuffisante pour envisager un travail à plein temps.

8. Par décision du 10 mars 2005, l'OAI a accordé des mesures professionnelles à l'assurée, en prenant en charge les coûts de la préparation d'un certificat de secrétariat et réception dans une école à Genève, se déroulant du 14 mars au 31 août 2005.
9. À teneur d'une expertise demandée par l'assurance responsabilité civile du responsable de l'accident et rendue le 18 avril 2005 par le docteur B\_\_\_\_\_,

spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, la reprise d'une activité à 50 % (en temps et en rendement) dans une profession avec alternance de positions debout / assise, sur sol plat, sans escaliers ni port de charges, semblait réaliste.

10. Dans un avis du 9 mai 2005, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), se fondant notamment sur l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_, a retenu une incapacité de travail de 50 %.

L'assurée souffrait de limitations importantes au niveau du genou gauche. Une amélioration ne se produirait qu'avec la pose d'une prothèse.

11. Au mois de juillet 2005, le fils de l'assurée est décédé au domicile de cette dernière à la suite d'une maladie cardiaque et d'une toxicomanie.
12. À teneur d'un rapport rédigé le 23 novembre 2005, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin-chef de clinique au Centre de thérapie brève (ci-après : CTB Jonction) des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), a retenu le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

L'assurée avait été suivie au CTB Jonction durant les mois de février et mars 2004, puis du 28 septembre au 16 décembre 2005. Elle avait été adressée par son médecin traitant en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive importante.

Elle avait porté son fils « à bouts de bras » depuis 2003, ce dernier ayant développé un VIH positif en 2003, plusieurs pneumonies, et subi des opérations à cœur ouvert. À la suite de son décès, elle avait présenté une tristesse importante, accompagnée d'angoisses, d'un trouble du sommeil, d'un trouble de l'appétit, d'un sentiment de vide, d'une fatigue importante, d'une perte de plaisir et de motivation, d'un trouble de la concentration, des ruminations ainsi que des idées noires. Sa fille présentait aussi des angoisses.

L'évolution des symptômes dépressifs avait été bonne avec le travail psychothérapeutique. L'assurée avait commencé le travail de deuil de son fils et avait pu élaborer autour de la perte de ses capacités physiques due à l'accident survenu en 2002. Elle avait réussi à renouer avec sa fille et son entourage social, et avait repris les cours de secrétariat prodigués par l'AI. Elle continuait un traitement de Lexotanil, que devait gérer le médecin généraliste.

13. Le 23 décembre 2005, l'assurée a obtenu un certificat pour la formation de réception et secrétariat suivie dans le cadre des mesures professionnelles.
14. Par contrat du 24 juillet 2006, l'assurée a été engagée par la Clinique de Carouge en qualité de réceptionniste-téléphoniste à 50 %, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006.
15. Par décision de l'OAI du 9 novembre 2006, l'assurée s'est vu octroyer un quart de rente d'invalidité, pour un degré d'invalidité de 47 %.
16. Par décision du 15 janvier 2007, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) l'a également mise au bénéfice d'une rente

d'invalidité correspondant à une diminution de la capacité de gain de 47 %, et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 %.

17. En date du 6 mars 2009, l'assurée a fait une nouvelle chute, à son domicile. Elle a par la suite été en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2009.
18. Ayant entamé une procédure de révision de rente en 2009, l'OAI a, par décision du 16 novembre 2009, constaté que le degré d'invalidité de l'assurée n'avait pas changé et que celle-ci continuerait à bénéficier de la même rente.
19. Le 2 mai 2011, l'assurée a annoncé une rechute à son assurance-accident.
20. Depuis cette date, elle s'est retrouvée en incapacité de travail totale.
21. Dans un rapport médical du 8 juin 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué suivre l'assurée depuis l'automne 2002 « à la suite du très grave accident de moto qu'elle avait subi ».

La situation s'était encore compliquée en raison d'une chute à domicile en 2009, entraînant une fracture comminutive de la rotule gauche traitée conservativement.

L'assurée se plaignait de douleurs du bord externe de sa rotule gauche, qui irradiaient aussi vers la face externe de la cuisse. Les douleurs étaient aussi présentes en décubitus latéral gauche la nuit. Elle prenait régulièrement des antidouleurs, avec un soulagement partiel. Une intervention chirurgicale était envisagée.

22. Le 11 juillet 2011, l'assurée a subi une patectomie verticale externe avec plastie de rallongement de l'aileron rotulien externe gauche.
23. À teneur d'un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 26 juillet 2011, une capacité de travail de 50 % n'était plus exigible, une diminution à 40 % paraissant indiquée. L'assurée ne pouvait pas monter sur un escabeau ou une échelle pour chercher ou classer des dossiers.
24. Le 17 octobre 2011, l'assurée a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité.
25. Le 25 janvier 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était de 40 % au maximum, avec comme restrictions de travailler sur terrain régulier seulement, sans monter des escaliers et sur des escabeaux, et sans port de charges. L'entreprise où travaillait l'assurée n'ayant pas de poste correspondant, elle serait prochainement licenciée.
26. Par courrier du 27 février 2012, la Clinique de Carouge a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 31 mai 2012.
27. Le 29 mars 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la boiterie de l'assurée augmentait progressivement, tout comme les douleurs antérieures et externes du genou gauche

et les douleurs externes de la cuisse gauche. La position assise prolongée était douloureuse.

28. L'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 24 au 31 juillet 2012 afin d'évaluer si des mesures chirurgicales, telles qu'une arthroplastie, devaient déjà être envisagées à ce stade.

Dans leur rapport du 13 septembre 2012, les docteurs E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine physique et réadaptation, et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ont conclu que dans une activité correspondant aux limitations déjà établies (activité sédentaire, légère et sans escalier), une capacité de travail à 50 % était tout à fait envisageable dès le 1<sup>er</sup> août 2012. Aucune proposition chirurgicale définitive n'a été formulée.

29. Le 21 décembre 2012, le médecin-conseil de la SUVA a procédé à une appréciation de la capacité de travail de l'assurée.

Sur le plan de l'exigibilité, chez une assurée au bénéfice d'une rente SUVA et actuellement sans emploi, seule une activité exclusivement sédentaire permettrait en l'état de mettre en valeur une capacité proche de 100 % sur le marché du travail. Une activité d'au moins 50 % pourrait vraisemblablement déjà être mise en valeur dans une activité de réceptionniste n'exigeant pas la station debout prolongée et les déplacements fréquents. Ils ne tenaient pas compte du possible impact invalidant de facteurs non organiques évoqués à la CRR ni des troubles vertébraux épisodiques notés lors de l'examen à l'agence et dans le rapport de séjour à la CRR.

La capacité médico-théorique de 50 % ressortant de l'évaluation à la CRR leur paraissait toujours d'actualité et pouvait à leur avis être confirmée par la SUVA, ceci sans préjuger d'incapacités de travail ultérieures pouvant résulter d'une éventuelle nouvelle intervention chirurgicale.

30. Dans un avis du 4 juin 2013, le SMR a retenu une incapacité de travail de 100 % dès le mois de mai 2011 en lien avec l'opération du genou gauche, puis une capacité de travail de 100 % (d'un 50 %) dans une activité adaptée dès le mois de février 2012.
31. Par projet de décision du 25 juin 2013, l'OAI a envisagé d'accepter une augmentation de la rente d'invalidité de l'assurée limitée dans le temps, à savoir une rente entière du 17 octobre 2011 au 31 janvier 2012, et un quart de rente dès le mois de février 2012.
32. Le 2 juillet 2013, l'assurée a subi une arthroplastie par prothèse totale du genou gauche avec guides personnalisés, tige sur le fémur, et greffe osseuse autologue sous la trochlée externe.
33. Par courrier du 18 juillet 2013, l'assurée a formé opposition à l'encontre du projet de décision.

Durant les années précédentes, son état de santé ne s'était aucunement amélioré, et elle avait subi une lourde opération quelques semaines plus tôt, ayant entraîné une incapacité de travail de 100 %.

34. Dans un rapport du 7 novembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100 % depuis environ trois ans. Les limitations fonctionnelles étaient toujours les mêmes. L'activité exercée serait éventuellement exigible à 40 % au printemps prochain, selon l'évolution. Une capacité de travail plus élevée lui paraissait difficile à envisager.
  35. À teneur d'un rapport subséquent du Dr D\_\_\_\_\_ du 12 janvier 2014, il convenait d'attendre une année après l'opération (soit jusqu'au mois de juillet 2014) pour se prononcer de façon plus ou moins définitive, étant précisé que la gêne fonctionnelle du genou gauche allait persister et que l'activité exercée restait selon lui exigible à 40 %, dans un lieu à accès facile, sans port de charge.
  36. Le 27 janvier 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et spécialisé en médecine du sport, a indiqué qu'il avait déjà suivi l'assurée dans le courant de l'année 2006, en lien avec l'accident du 8 septembre 2002. À la suite de l'opération du 1<sup>er</sup> juillet 2013, une nette douleur s'était développée sur la face latérale de la hanche droite, présente à la marche et lors des changements de position. Lors de tout décubitus, ou au repos, apparaissait une irradiation douloureuse sur le compartiment latéro-postérieur du membre inférieur droit. Elle ne présentait pas de douleurs inguinales, mais quelques lombosacralgies et une raideur matinale prédominant pour l'effort de type « se pencher en avant ».
- À l'examen clinique effectué le 21 janvier 2014, il avait noté une petite tension du trapèze gauche et une contracture paralombaire droite de type carré des lombes, et une petite scoliose lombaire gauche probable ; une petite raideur de l'hémibassin droit à la marche à pieds nus ; une petite perte de mobilité pour l'articulation sacro-iliaque droite, une nette tension des fessiers à droite et une rétraction modérée de la chaîne postérieure à droite.
37. À teneur d'une note sur entretien téléphonique de la SUVA du 12 juin 2014, les douleurs de l'assurée étaient devenues insupportables. Elle ne pouvait presque plus marcher et avait repris les béquilles. C'était ainsi pire qu'avant l'opération.
  38. Par courrier du 23 juin 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'évolution n'était toujours pas terminée. Il n'était pas possible de parler d'une éventuelle réintégration professionnelle avant début 2015.
  39. L'assurée a été examinée par le médecin-conseil de la SUVA le 23 juin 2014.

Au niveau des antécédents personnels, l'assurée avait présenté un épisode de « fragilité » en septembre-octobre 2013, et avait vu un psychologue pour quatre séances. Le traitement étant resté sans résultat, elle avait stoppé les séances. S'agissant de ses plaintes, elle indiquait « en avoir marre ». Elle ne se voyait pas

travailler au vu des douleurs qu'elle avait actuellement, qui étaient plus marquées qu'avant la pose de la prothèse.

L'assurée présentait à l'examen clinique un status satisfaisant. Les examens radiologiques révélèrent une tendinopathie du tendon rotulien. L'incapacité de travail à 100 % ne se justifiait plus. Dans une activité sédentaire respectant les limitations ayant déjà été données, une capacité de travail à 50 % était récupérée dès le 20 juillet 2014. On pouvait prévoir un à deux mois d'incapacité de travail à 50 %, puis une reprise totale.

40. Par courrier du 3 juillet 2014, se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, la SUVA a informé l'assurée que son indemnité journalière serait calculée sur la base d'une incapacité à 50 % du 4 août au 30 septembre 2014, et que dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014, sa capacité de travail serait considérée comme totale, seules les prestations de la rente allouée jusqu'à présent restant versées.
41. Dans un rapport du 15 juillet 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que le problème principal de l'assurée était la douleur ressentie à la mobilisation de son genou gauche avec troubles de la marche engendrant des contractures/dysfonctions du bassin, elles-mêmes douloureuses. Lorsque l'assurée aurait réussi à retrouver une démarche sans boiterie antalgique, la mobilité de son bassin serait plus facile, ce qui permettrait le retour à une activité adaptée, avec les mêmes limitations fonctionnelles que celles mises en évidence par le Dr D\_\_\_\_\_. Vu la longueur de cette histoire clinique et l'importance des douleurs ressenties encore récemment, un retour à une activité professionnelle, même adaptée, ne pourrait se faire que très progressivement.
42. Le 24 juillet 2014, la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 3 juillet 2014 pour un épisode dépressif pluricontexte. L'assurée avait eu un parcours de vie difficile, avec la perte de son fils à la suite d'une overdose, un accident de la circulation et une désocialisation progressive marquée par des douleurs de plus en plus importantes. Sa capacité de travail était actuellement de 0 % dans l'activité habituelle, et envisageable dans une activité ménageant son genou. Une reprise de l'activité professionnelle n'était actuellement pas prévisible.
43. Dans son appréciation du 15 août 2014, le SMR s'est fondé sur l'avis de la SUVA pour retenir que l'évolution était favorable une année après la pose de la prothèse gauche, et permettait la reprise d'une capacité de travail de 50 % durant presque deux mois, puis à 100 % dès le mois d'octobre 2014. L'activité de secrétaire-réceptionniste était parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par l'assurée à la suite de sa prothèse gauche. Le début de la nouvelle incapacité de travail dans l'activité adaptée était le 1<sup>er</sup> juillet 2013.
44. Dans un rapport du 29 septembre 2014, le professeur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur a indiqué procéder actuellement à un bilan des douleurs chroniques de l'assurée. L'incapacité

de travail était actuellement de 100 %. Le pronostic était médiocre et l'on pouvait craindre un dommage permanent.

45. Par courrier du 20 novembre 2014, le Prof. I\_\_\_\_\_ a précisé que la prothèse mise en place en juillet 2013 était restée douloureuse. Le bilan effectué avait mis en évidence un épanchement au niveau du genou gauche, une hypercaptation au niveau du tibia et du fémur ainsi que de la rotule. Au niveau péri-prothétique, il y avait également un liséré entourant la tige du composant fémoral.

Dans ces conditions, une révision suivie d'un changement de la prothèse s'imposait. L'intervention était prévue le 20 janvier 2015.

46. L'assurée a été opérée le 21 janvier 2015.
47. Dans un rapport du 8 juin 2015, le Prof. I\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation évoluait avec lenteur. L'assurée continuait à se plaindre de douleurs au niveau du genou. Lors de la dernière consultation, elle avait une flexion à 90, une extension à 0 et un léger recurvatum à la marche. Actuellement, une reprise du travail n'était pas envisageable au vu des douleurs et de la gêne fonctionnelle.
48. Le 2 novembre 2015, le Prof. I\_\_\_\_\_ a réitéré que la capacité de travail de l'assurée était toujours de 0 %, et ce au moins jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Par la suite, elle serait probablement de 30 % dans une activité adaptée, moyennant l'adaptation de la place de travail.
49. Par courrier du 12 novembre 2015, la Dresse H\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'assurée était toujours suivie par ses soins à raison de deux fois par mois, voire une fois par semaine, dans le contexte d'une prise en charge globale.
50. Du 26 décembre 2015 au 9 janvier 2016, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique de la Métairie.
51. À teneur de la lettre de sortie du 12 janvier 2016, les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu comme diagnostic principal des troubles d'adaptation avec réactions mixtes, anxieuse et dépressive (F43.2), et comme comorbidité un trouble de la personnalité sans précision (F60.9).

L'assurée avait été hospitalisée à la demande de son médecin psychiatre pour prise de distance par rapport à certains événements qui troublaient sa vie depuis plusieurs années.

Elle s'était rapidement sentie rassurée par le cadre et les programmes de soins proposés. Ils avaient pu aborder ses relations complexes avec sa mère et dégager des pistes pouvant l'aider à y faire face. Durant toute la durée de son hospitalisation, elle n'avait pas arrêté d'exprimer des craintes par rapport à son avenir immédiat, notamment les incertitudes liées à sa demande AI en cours et la procédure auprès de la SUVA. Estimant avoir fait le tour par rapport à sa situation, elle avait demandé sa sortie définitive de la Clinique, qui avait pu se réaliser, à la

condition d'une reprise du suivi auprès de la Dresse H\_\_\_\_\_. Un traitement de sortie composé notamment d'antidépresseurs, de somnifères et d'anxiolytiques lui a été prescrit.

52. Par courriers des 21 janvier et 29 mars 2016, le Prof. I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était dans l'incapacité de se concentrer au vu des douleurs permanentes qu'elle présentait ; la limitation de flexion du genou lui occasionnait des difficultés de mobilité. Les radiographies ne montraient pas de signe de descellement et la prothèse était en position satisfaisante. Par conséquent, il ne pensait pas que l'on pouvait exiger une activité lucrative, même dans un travail administratif, ce dernier nécessitant une concentration que la douleur et le manque de mobilité empêchait. Ces facteurs intervenaient également négativement dans la recherche d'un emploi. L'arrêt de travail demeurait à 100 % jusqu'à la prochaine consultation.

53. Dans un rapport du 14 février 2016, la Dresse H\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble de l'humeur, épisode dépressif sévère (F32.1). La maladie restait stationnaire et le pronostic était défavorable à court terme en raison d'un isolement social avec ruminations autour des maltraitances physiques la concernant connues antérieurement, et de la maladie de son fils avec un sentiment d'incompétence et de culpabilité. Le pronostic à moyen et long terme était difficile à établir.

Sa capacité de travail était actuellement nulle. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, mais à 20 % au maximum. Il était toutefois important de tenir compte de la pluridisciplinarité de ses atteintes pour appréhender son état de santé.

54. À teneur de deux appréciations des 13 janvier et 2 mai 2016, le médecin-conseil de la SUVA a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans un travail adapté, avec les limitations fonctionnelles déjà énumérées.

Subjectivement, il persistait un état douloureux et une sensation d'instabilité du genou gauche, mais objectivement, l'examen clinique montrait une flexion limitée à 90 %, un petit battement interne et une amyotrophie de la cuisse gauche.

55. Par courrier du 20 juin 2016, le Prof. I\_\_\_\_\_ a répondu à une demande d'explications de la SUVA relative à la capacité de travail de l'assurée.

Elle avait des difficultés importantes à la station debout, son périmètre de marche était limité et la position assise lui procurait des douleurs après quelques minutes. La concentration était sérieusement touchée et elle ne pouvait pas accomplir une tâche nécessitant une position unique (assis ou debout) dépassant quelques minutes.

On ne pouvait dès lors pas imposer à cette patiente un travail nécessitant un effort de concentration et une position déterminée. L'épreuve de ce traumatisme majeur où sa vie avait été mise en danger et s'étant soldé par quatre opérations importantes avait entamé son moral. Il ne fallait pas oublier que l'accident avait été un tournant

dans sa vie, lui laissant d'importantes séquelles et empêchant par la faute d'autrui une vie normale, active et lucrative.

56. Dans son avis du 19 décembre 2016, le SMR s'est fondé sur les dernières appréciations du médecin-conseil de la SUVA pour retenir, sur le plan orthopédique, une capacité de travail :

- nulle dans toute activité de mai 2011 à février 2012 ;
- de 50 % dans une activité adaptée dès février 2012 ;
- nulle dans toute activité du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 19 juillet 2014 ;
- de 50 % du 20 juillet 2014 au 30 septembre 2014 ;
- entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014 ;
- nulle dans toute activité du 21 janvier 2015 au 12 janvier 2016 ;
- entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles déjà énumérées à compter du 13 janvier 2016.

Du point de vue psychiatrique, il existait un écart entre le diagnostic émis par les médecins de la Métairie et la psychiatre traitante de l'assurée. Par conséquent, afin de déterminer si l'assurée présentait une pathologie psychiatrique ayant une répercussion sur sa capacité de travail, une expertise psychiatrique était proposée.

57. L'assurée a été reçue aux fins d'une expertise les 30 juin et 30 août 2017 par le professeur L\_\_\_\_\_ et le docteur M\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, le premier étant superviseur et le second expert.

Le rapport d'expertise retient comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.3), ayant commencé pendant l'adolescence de l'expertisée et ayant évolué pendant toute sa vie adulte, ainsi qu'une dysthymie (F34), présente depuis 2014 et constatée par la Dresse H\_\_\_\_\_.

L'assurée présentait une impulsivité, un sentiment chronique de vide, une intolérance à la frustration et une difficulté à gérer la distance relationnelle, ces traits ayant un impact important sur son fonctionnement. S'agissant de la dysthymie, ce tableau dépressif persistait depuis quelques années, sans qu'il n'y ait de périodes de rémission notable. L'intensité de la symptomatologie dépressive restait modeste avec comme élément prédominant la résignation et le pessimisme.

L'association de ces diagnostics avait en partie conditionné ses échecs relationnels mais également son parcours professionnel pauvre, saccadé, organisé par défaut. Ses emplois avant l'accident étaient déjà peu investis et pour la plupart de courte durée.

Le suivi de l'assurée par la Dresse H\_\_\_\_\_, à hauteur d'une à deux séances par mois, était adapté et sa continuation était nécessaire. Une intensification du suivi était toutefois indiquée au vu de son trouble de la personnalité.

Selon les experts, la capacité de travail pour un poste dans le marché du travail était nulle, et ce depuis 2002. Dans une activité adaptée, soit dans un cadre calme et contenant, sans interactions interpersonnelles importantes, sa capacité de travail s'élevait à 50 %, et ce depuis au moins trois ans.

L'apparition de la dysthymie, sur fond préexistant de trouble de la personnalité borderline, avait eu un impact important sur la capacité de travail de l'assurée (le trouble de la personnalité n'ayant auparavant pas été invalidant sur le plan professionnel). Sur le plan de l'invalidité psychique, les limitations fonctionnelles étaient l'intolérance aux frustrations, au stress et à la surcharge de travail, l'incapacité à gérer la critique, la confrontation et les tensions relationnelles dans le milieu du travail.

58. Par décision du 2 août 2017, la SUVA a mis fin au 31 juillet 2017 au versement des indemnités journalières sur la base d'une incapacité à 100 %. S'agissant des suites de l'accident, une capacité de travail totale était reconnue dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Par conséquent, dès le 1<sup>er</sup> août 2017, seul était repris le versement de la rente allouée jusqu'à présent.

Cette décision a fait l'objet d'une opposition de l'assurée, prétendant à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2017 en raison de ses atteintes tant somatiques que psychiques.

59. En date du 10 octobre 2017, le Prof. I\_\_\_\_\_ a maintenu sa position s'agissant de la capacité de travail de l'assurée.

On ne pouvait exiger de l'assurée une activité lucrative, et ce même dans un travail administratif, au vu des douleurs et des difficultés de concentration en découlant.

60. Dans un avis du 6 novembre 2017, le SMR a considéré qu'il y avait trop de discordances et d'incohérences dans l'expertise psychiatrique pour la retenir comme convaincante. Une nouvelle expertise devait ainsi être demandée.

61. L'assurée, arguant que l'expertise avait valeur probante, a refusé d'être soumise à une nouvelle expertise. Par avis du 27 juin 2018, le SMR a finalement proposé de poser des questions complémentaires à l'expert.

62. Le Prof. L\_\_\_\_\_ a répondu à ces questions le 14 juillet 2018.

Sur un plan psychiatrique, la capacité de travail était restée stable à 50 % tout au long de la période 2014-2018. La psychiatre traitante faisait référence à un épisode dépressif sévère, mais le rapport à la Clinique de la Métairie en janvier 2016 ne retenait pas ce diagnostic. Selon lui, on était en présence d'une dysthymie sans éléments en faveur d'une décompensation dépressive sévère.

La capacité de travail nulle en milieu usuel mentionnée dans l'expertise faisait référence à une capacité globale et non pas uniquement psychiatrique. Le trouble borderline de l'assurée n'était pas invalidant jusqu'à l'apparition de la dysthymie, qui pouvait être située en 2014. Ainsi, aucune invalidité d'origine psychique ne

pouvait être intervenue avant cette date, et ce malgré le désinvestissement global du travail tout au long de sa vie adulte. La synergie du trouble borderline et de la dysthymie impliquait une incapacité de travail de 50 % pour toute activité (usuelle ou adaptée non occupationnelle) sur un plan uniquement psychiatrique dès 2014.

63. Le SMR a émis un nouvel avis le 16 octobre 2018.

D'un point de vue orthopédique, l'état de l'assurée s'était aggravé à partir de mai 2011. Dans son rapport final du 15 août 2013 [recte : 2014], le SMR s'était aligné sur les conclusions de la SUVA et avait retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à partir de juillet 2014 et de 100 % dès octobre 2014. Une nouvelle aggravation était survenue, l'assurée ayant dû bénéficier d'un changement de prothèse en janvier 2015. Bien que celle-ci se plaignît toujours de douleurs du genou et de difficultés d'ordre mécanique, l'examen montrait objectivement une flexion limitée à 90, un petit battement interne et une amyotrophie de la cuisse gauche. En termes d'exigibilité, dans un poste strictement adapté, la capacité de travail pouvait être totale.

Parallèlement, l'état de santé de l'assurée s'était aussi aggravé d'un point de vue psychiatrique. Le SMR considérait ainsi qu'il y avait lieu de retenir une aggravation dans un premier temps sur le plan orthopédique (dès mai 2011), puis psychiatrique (dès janvier 2014). La capacité de travail était de 50 % dans un poste strictement adapté à partir de janvier 2014.

64. Par courrier du 30 novembre 2018 intitulé « projet d'acceptation de rente » mais ne contenant aucune motivation, l'OAI a informé l'assurée que la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC) lui ferait prochainement parvenir une décision sujette à recours.

65. Par décision sur opposition du 3 décembre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 2 août 2017.

Les troubles psychiques développés n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, de sorte qu'elle était fondée à décliner tout droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire pour ces troubles.

66. Par décision du 14 février 2019, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 mars 2014, et à un quart de rente d'invalidité (pour un degré d'invalidité de 47 %) dès le mois d'avril 2014.

Sur le plan somatique, il s'alignait sur les conclusions de la SUVA, qui retenait une capacité de travail de 50 % dès juillet 2014 et de 100 % dès octobre 2014, dans un poste strictement sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles.

Sur le plan psychiatrique, l'état de santé de l'assurée s'était dégradé en janvier 2014, entraînant une incapacité de travail de 50 % dès ce moment.

Par conséquent, la situation antérieure à l'aggravation de son état de santé était de nouveau d'actualité, et ce compte tenu de l'atteinte psychiatrique, qui entraînait une incapacité de 50 %. Ceci lui donnait à nouveau droit à un quart de rente.

L'augmentation de la rente prenait effet au plus tôt dès le mois où la demande en révision était présentée, soit dans ce cas dès octobre 2011.

La réduction de rente ne pouvait prendre effet que lorsque l'amélioration avait duré trois mois sans interruption notable, à savoir dès avril 2014.

67. Par acte du 13 mars 2019, l'assurée (ci-après : la recourante), représentée par son conseil, a formé recours à l'encontre de la décision précitée, concluant préalablement à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire orthopédique et psychiatrique soit ordonnée, et principalement à l'annulation de la décision querellée, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du mois d'avril 2014 et pour le futur, et à la condamnation de l'OAI (ci-après : l'intimé) en tous les dépens, comprenant une équitable indemnité à titre de participation aux honoraires de son conseil.

L'intimé avait constaté les faits de manière inexacte et incomplète et commis un abus de son pouvoir d'appréciation. Sa décision était essentiellement fondée sur l'avis du SMR du 16 octobre 2018. Or, cet avis était en contradiction avec les rapports du Prof. I\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2015 et du 10 octobre 2017. Le SMR prétendait se baser sur le dossier de la SUVA, mais il omettait de prendre en compte que la recourante était reconnue en incapacité de travail à 47 % par la SUVA pour des motifs somatiques uniquement, et que seul le rapport de causalité entre les troubles d'ordre psychique et l'accident avait été nié par la SUVA. Elle produisait à l'appui de son recours une attestation confirmant le versement, par la SUVA, d'une rente d'invalidité de CHF 20'943.- en 2018. Enfin, cet avis ne procédait d'aucune démarche pluridisciplinaire.

La décision violait également les art. 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) et 28 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). L'intimé, dont la position n'était pas étayée médicalement et qui n'avait pas procédé à un examen global de la capacité de travail de la recourante, ne pouvait être suivi.

68. L'intimé s'est déterminé sur le recours le 8 avril 2019, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise.

Le SMR avait tenu compte de l'ensemble des documents médicaux au dossier pour fonder son appréciation sur la capacité de travail de la recourante. De son côté, la recourante ne produisait aucun document médical à l'appui de son recours.

Le dossier avait donc été instruit à satisfaction de droit, de sorte qu'une instruction complémentaire ne se justifiait pas.

69. Par réplique du 24 avril 2019, la recourante a contesté les allégués de l'intimé et intégralement persisté dans les conclusions de son recours.

70. 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 LPGA relatives à la LAI.

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2014, et plus précisément sur l'évaluation de sa capacité de travail faite par l'intimé, en lien avec les différentes affections dont elle est atteinte.
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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA.

L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 1<sup>er</sup> 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
9. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

---

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
  - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
    - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
  - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
  - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

d. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic

---

retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

10. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

11. 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 (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).

12. 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).

---

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

14. a. En l'espèce, l'intimé a conclu, sur le plan somatique, à une aggravation de l'état de santé en mai 2011, ayant entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle. Par la suite, il indique s'aligner sur les conclusions de la SUVA, qui aurait retenu une capacité de travail de 50 % dès juillet 2014 et de 100 % dès octobre 2014, dans un poste strictement sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles de la recourante.

Sur le plan psychiatrique, il reconnaît que l'état de santé de la recourante s'est aggravé en janvier 2014, entraînant une incapacité de travail de 50 % dès ce moment. Considérant que « la situation antérieure à l'aggravation de son état de santé somatique est à nouveau d'actualité et ce compte tenu de l'atteinte psychiatrique, entraînant une incapacité de 50 % », il considère que l'atteinte psychiatrique de la recourante lui donne à nouveau droit à un quart de rente.

Par conséquent, l'intimé a alloué une rente entière d'invalidité à la recourante du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 mars 2014, puis un quart de rente d'invalidité (pour un degré d'invalidité de 47 %) dès le mois d'avril 2014, indiquant que la réduction de la rente ne pouvait prendre effet que lorsque « l'amélioration de l'état de santé » avait duré trois semaines sans interruption notable, à savoir dès avril 2014.

b. Sur le plan somatique, l'intimé indique se fonder sur l'appréciation médicale faite par la SUVA pour reconnaître à la recourante une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Or, il ressort du dossier que la recourante continue à percevoir une rente d'invalidité à 47 % de la SUVA.

En effet, si dans ses décisions des 3 juillet 2014 et 2 août 2017, la SUVA a considéré que la capacité de travail était totale dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014 et 1<sup>er</sup> août 2017, respectivement, elle a toujours rappelé que les prestations de la rente allouée jusqu'à présent restaient versées. Elle n'a ainsi jamais remis en question le versement de cette rente à 47 %, que la recourante continue à percevoir, comme en atteste le document qu'elle a produit à l'appui de son recours.

Il faut donc comprendre l'appréciation médicale faite par les médecins-conseils de la SUVA comme reconnaissant à la recourante une capacité de travail de 100 % de sa capacité de travail résiduelle de 50 %.

Cette capacité de travail résiduelle de 50 % au maximum sur le plan somatique ressort des appréciations médicales figurant au dossier et sur la base desquelles les diverses décisions lui octroyant, respectivement confirmant, une rente pour un taux d'invalidité de 47 %, se sont fondées jusqu'en 2013, à savoir : la toute première expertise effectuée en avril 2005 par le Dr B\_\_\_\_\_, le premier avis du SMR du 9 mai 2005, les conclusions de la CRR à l'issue du séjour de la recourante en juillet 2012 et l'avis du SMR du 4 juin 2013 (qui retient d'ailleurs expressément une capacité de travail de 100 %, d'un 50 %, dans une activité adaptée).

Depuis, aucune amélioration de l'état de santé de la recourante n'a été constatée par les divers professionnels s'étant prononcés sur son cas, au contraire.

En juillet 2013, la recourante a subi une lourde opération (prothèse totale du genou gauche), ayant entraîné une incapacité de travail de 100 %, comme en a attesté le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 novembre 2013. L'évolution n'a pas été favorable (voir rapports du Dr D\_\_\_\_\_ des 12 janvier et 23 juin 2014). L'évaluation effectuée par le médecin-conseil de la SUVA le 23 juin 2014, concluant à une capacité de travail de 50 % dès le mois de juillet 2014, et de 100 % par la suite, ne peut dès lors être interprétée comme reconnaissant une capacité de travail totale à la recourante. C'est uniquement une capacité de travail de 100 % de la capacité de travail résiduelle de la recourante de 50 % qui pourrait éventuellement retenue. La décision de la SUVA du 3 juillet 2014 le confirme, celle-ci indiquant considérer sa capacité de travail comme « totale », mais précisant que les prestations de rente allouées jusqu'à présent restaient versées.

En janvier 2015, la recourante a à nouveau subi une opération, visant à changer sa prothèse de genou qui était restée douloureuse. Le Dr I\_\_\_\_\_, qui a pratiqué l'intervention, a, dans ses rapports successifs, systématiquement considéré que la recourante se trouvait en incapacité de travail totale en raison de ses douleurs, de la gêne fonctionnelle et des difficultés de concentration en découlant. Par conséquent, lorsque le médecin-conseil de la SUVA dans ses avis des 13 janvier et 2 mai 2016, retient une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, il ne peut raisonnablement que se référer au 100 % de la capacité de travail résiduelle de 50 % de la recourante, ce que la décision de la SUVA du 2 août 2017, qui met fin

au versement des indemnités journalières à 100 % tout en mentionnant la reprise du versement de la rente, confirme.

Au vu de ce qui précède, l'avis du SMR du 16 octobre 2018, sur lequel se fonde l'intimé dans la décision querellée, et qui retient une capacité de travail de 100 % d'un point de vue somatique dès octobre 2014 ne saurait être suivi. Cet avis est d'ailleurs en partie contredit par un avis du même service du 19 décembre 2016, qui avait retenu une capacité de travail nulle d'un point de vue somatique, dans toute activité, durant une période subséquente, à savoir du 21 janvier 2015 (date de la dernière opération de la recourante) au 12 janvier 2016.

Par conséquent, étant donné les incohérences contenues dans le dossier et les avis divergents des différents spécialistes s'étant prononcés sur le cas de la recourante, certains considérant que sa capacité de travail serait nulle dans toute activité, et d'autres qu'elle aurait une capacité de travail résiduelle de 50 %, la chambre de céans considère que les pièces versées au dossier ne permettent pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité de travail de la recourante d'un point de vue somatique au-delà du mois de juin 2014. Des investigations complémentaires sont dès lors nécessaires.

c. Sur le plan psychiatrique, se référant à l'expertise du Prof. L\_\_\_\_\_, l'intimé retient une aggravation de l'état de santé dès le mois de janvier 2014, entraînant une incapacité de travail de 50 % dès ce moment.

La recourante ne conteste pas l'appréciation du Prof. L\_\_\_\_\_, mais regrette que l'intimé n'ait procédé à aucune approche pluridisciplinaire des affections dont elle souffre.

La chambre de céans est d'avis qu'il convient effectivement, conformément à la jurisprudence susmentionnée, d'appréhender la situation de manière globale, afin de tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail.

À cet égard, elle constate que l'intimé n'a à aucun endroit pris en considération l'avis du rhumatologue ayant suivi la recourante, le Dr G\_\_\_\_\_. Ce dernier a retenu, dans son rapport du 15 juillet 2014, qu'au vu de la longueur de cette histoire clinique et l'importance des douleurs ressenties, un retour à une activité professionnelle, même adaptée, ne pourrait se faire que très progressivement.

Il conviendra donc, dans le cadre de l'approche pluridisciplinaire des atteintes à la santé de la recourante, de tenir compte, outre de l'avis d'un chirurgien orthopédique et d'un psychiatre, de celui d'un rhumatologue.

d. Il sied enfin de relever certaines incohérences dans les dates retenues par l'intimé dans la décision querellée. En effet, alors qu'il considère que l'état de santé de la recourante d'un point de vue somatique aurait commencé à s'améliorer en juillet 2014 et que l'aggravation de son état de santé d'un point de vue psychiatrique aurait déjà commencé en janvier 2014, il semble retenir, dans la décision querellée,

que l'aggravation d'un point de vue psychiatrique aurait succédé à la prétendue amélioration d'un point de vue somatique.

15. Au vu de ce qui précède, la décision contestée repose sur une instruction insuffisante et contient des incohérences ne permettant pas à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

L'instruction étant lacunaire, l'étendue concrète de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ne peut pas être déterminée sans recourir à une expertise médicale. Au vu des différentes affections dont souffre la recourante, seule une expertise pluridisciplinaire complète et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2) permettra de déterminer clairement l'éventuelle capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée.

16. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 14 février 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire orthopédique, rhumatologique et psychiatrique indépendante, conformément à l'art. 44 LPG, permettant d'apprécier l'incidence des différents diagnostics retenus par les médecins sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Il conviendra en particulier que les experts, en motivant dûment leur appréciation, se prononcent sur les diagnostics et limitations fonctionnelles dont souffre la recourante, qu'ils déterminent quel rôle joue chacun d'entre eux sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et à quel taux celle-ci pourrait être évaluée. Un renvoi à l'administration se justifie, en l'occurrence, au vu de l'absence totale, dans le dossier, d'évaluation pluridisciplinaire des diverses atteintes à la santé dont souffre la recourante.

17. La décision entreprise sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants qui précèdent, et nouvelle décision.
18. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 14 février 2019.
3. Renvoie le dossier à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire au sens des considérants, consistant notamment en la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire orthopédique, rhumatologique et psychiatrique.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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