

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée), née le _____ 1954, a obtenu un diplôme de secrétaire en 1972. Depuis lors, elle a travaillé en qualité de comptable, secrétaire-réceptionniste et gestionnaire administrative, en dernier lieu à 80% pour la société B_____ SA (ci-après: l'employeur), du 1^{er} janvier 1995 au 31 mars 2014.
2. En date du 29 juillet 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI), indiquant être en incapacité totale de travail depuis le 10 juin 2013 pour cause de dépression et d'arthrose, notamment aux genoux.

Elle a transmis à l'OAI les documents suivants :

- un rapport du 2 juin 2014 de la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, indiquant avoir établi des certificats d'incapacité de travail du 28 novembre 2013 au 31 janvier 2014 en raison d'un état dépressif et dès le 1^{er} février 2014 pour des problèmes locomoteurs : sa patiente présentait une gonalgie bilatérale d'aggravation récente avec, du côté gauche, une gonarthrose sévère et, du côté droit, une arthrose et un épanchement articulaire ;
 - un certificat du 12 juin 2014 de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant qu'elle avait reçu l'assurée en traitement le 10 juin 2013 et qu'elle l'avait mise à l'arrêt de travail à 100% dès le 11 juin 2013; l'intéressée aurait pu reprendre son activité à 50% dès le 1^{er} janvier 2014 et à 100% dès le 1^{er} février 2014 ;
 - des certificats de la Dresse C_____ attestant d'une totale incapacité de travail dès le 1^{er} juillet 2014.
3. a. Dans le cadre de l'instruction de dossier, l'OAI a reçu, de la part de l'assureur-accidents de l'intéressée, plusieurs documents relatifs à un sinistre survenu en 2007. Selon une déclaration d'accident du 10 juillet 2007, l'assurée a tapé ses tibias sur l'arête d'une marche d'escaliers et est tombée sur les genoux le 8 juin 2007. Les examens réalisés suite à cet événement ont révélé une déchirure du ménisque droit et une lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. L'intéressée a été en incapacité de travail, totale ou partielle, du 2 juillet au 31 août 2007 et du 18 décembre au 16 mars 2008. Elle a été opérée du genou droit le 18 juillet 2007 et du genou gauche le 19 décembre 2007.

Mandaté par l'assureur-accidents, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport le 23 mars 2011. Il a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale débutante, une ancienne résection d'un fragment méniscal

externe et antérieur à droite et une ancienne résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne à gauche. Il a notamment considéré que les séquelles présentes au niveau des deux genoux n'avaient pas d'incidence professionnelle, étant relevé que l'assurée avait repris le travail et déclaré ne pas être gênée par l'état de ses genoux dans l'exercice de son activité de bureau. Il n'y avait pas d'état préexistant et la situation actuelle était vraisemblablement en rapport de causalité avec l'accident assuré.

Dans un rapport du 4 juillet 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale de stade II-III et un status post méniscectomie interne bilatérale en 2007. Une nouvelle intervention était envisagée et la durée du traitement était en l'état indéterminée. Il n'y avait pas d'incapacité de travail.

b. L'OAI a également reçu le dossier de l'assureur perte de gain qui a versé des indemnités journalières à l'assurée suite à l'arrêt de travail attesté par la Dresse C_____ dès le 11 juin 2013.

Sur demande de cet assureur, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à une expertise. Dans son rapport du 1^{er} novembre 2013, il a retenu, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle (F32.11), précisant qu'un épisode dépressif léger (F32.0) était actuellement objectivé. Il a également diagnostiqué, sans effets sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ou des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F54) en fonction de l'existence ou de l'inexistence de causes somatiques permettant d'expliquer les douleurs de l'assurée, ainsi que des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). L'élément déclencheur des symptômes dépressifs avait été un mobbing selon l'anamnèse, dans le contexte d'un probable trouble somatoforme douloureux persistant. Les mécanismes entretenant les troubles psychiques étaient vraisemblablement constitués par des avantages assécurologiques probablement inconscients, avec le fait que l'assurée préférait éviter d'être confrontée à un milieu professionnel vécu comme hostile. S'agissant de la capacité de travail, l'assurée présentait uniquement des symptômes anxieux et dépressifs résiduels compliqués par un trouble somatoforme douloureux persistant sans limitations fonctionnelles significatives, mais son état psychique demeurait fragile. Selon l'expert, la capacité de travail auprès de l'employeur actuel était nulle jusqu'au

31 décembre 2013, de 50% du 1^{er} au 31 janvier 2014 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} février 2014. Auprès d'un autre employeur ou du chômage, une incapacité totale était à envisager jusqu'au 30 novembre 2013, de 50% du 1^{er} au 31 décembre 2013 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} janvier 2014. Ce programme de reprise professionnelle tenait compte des symptômes psychiques résiduels, du déconditionnement de l'assurée et d'un éventuel risque de

rechute. L'absence de traitement avec antidépresseur, exigible, avait considérablement ralenti le processus de guérison et augmentait le risque de rechute.

Par rapport du 4 mars 2014, le docteur G_____, chiropraticien, a indiqué à l'assureur perte de gain que l'assurée était en incapacité de travail pour des raisons psychiatriques uniquement.

Dans un rapport du 21 juillet 2014, la Dresse B_____ a attesté d'une totale incapacité de travail consécutive à un problème locomoteur, depuis le 1^{er} février 2014.

c. L'OAI a en outre été informé par l'office cantonal de l'emploi (ci-après: l'OCE) qu'un délai cadre avait été ouvert en faveur de l'assurée, du 1^{er} mai 2014 au 31 mai 2018, sans droit aux indemnités.

Par décision du 21 juillet 2014, confirmée sur opposition le 17 octobre 2014, l'OCE a considéré que l'intéressée était inapte au placement. En effet, bien que l'intéressée ait fait état de sa volonté de trouver un emploi, elle n'avait pas démontré avoir la faculté de fournir une activité ni être disponible pour un employeur, compte tenu de son arrêt maladie. L'incapacité de travail en cours depuis le 11 juin 2013 était durable et non temporaire, de sorte que l'intéressée ne présentait aucune aptitude au placement, ni objective, ni subjective.

4. Par rapport adressé à l'OAI le 11 août 2014, la Dresse C_____ a diagnostiqué une dépression majeure sur un conflit professionnel et sur des problèmes asséurologiques, ainsi que de l'arthrose. À titre de restriction, elle a indiqué que psychiquement, en raison du stress majeur que suscitait l'employeur, l'assurée ne pouvait pas retourner chez ce dernier. Les limitations fonctionnelles consistaient en une tension psychique, une angoisse et une perplexité. L'activité exercée était toutefois exigible à 100% sans diminution de rendement chez un autre employeur.
5. Le 14 août 2014, la Dresse C_____ a complété ce rapport et relevé que l'assurée présentait depuis quelques mois des troubles douloureux en relation avec des atteintes rhumatismales aux genoux qui semblaient interdire pour l'instant toute activité professionnelle. Elle n'avait pas l'aptitude pour évaluer l'incapacité liée à cette atteinte. Outre cet aspect somatique, sa patiente était en conflit avec les assureurs perte de gain et accidents, ce qui créait une situation d'attente anxieuse très déprimante.
6. Le 14 août 2014, l'employeur a rempli le questionnaire de l'OAI et indiqué que le salaire annuel de l'assurée s'élevait à CHF 105'950.- depuis le 1^{er} janvier 2012 pour ses activités de responsable administrative chargée de la comptabilité, de la gestion du personnel et de l'administration.
7. Par rapport du 23 août 2014, le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des arthralgies assez diffuses depuis environ un an et demi, dans le contexte d'une arthrose digitale, d'une rhizarthrose bilatérale, d'une gonarthrose

fémoro-tibiale interne bilatérale, d'une coxarthrose bilatérale discrète. Il avait vu l'assurée à plusieurs reprises entre le 16 décembre 2013 et le 14 juillet 2014. Les

douleurs concernaient les genoux, les épaules, les doigts et les pieds, et survenaient dans un contexte d'état dépressif et d'un licenciement. Lorsqu'il avait revu l'assurée en été 2014, il n'y avait pas eu d'évolution au niveau des douleurs des mains, qui restaient plutôt mécaniques et modérées. L'intéressée se plaignait par contre davantage de gonalgies droites, à la marche et durant la nuit. Il avait constaté une limitation de la mobilité cervicale en rotations, sans douleur à la mobilisation. Les points de fibromyalgie étaient indolores. Il y avait de légères nodosités d'Heberden aux deux mains et la palpation de quelques articulations interphalangiennes proximales des deux mains était sensible, ainsi que l'articulation interphalangienne du pouce droit. Aux membres inférieurs, la mobilité des hanches était conservée avec une mobilisation indolore. La palpation de l'interligne fémoro-tibial interne du genou droit était très douloureuse et il y avait une limitation de la flexion, sans épanchement intra-articulaire. Malgré la présence de facteurs rhumatoïdes, il n'y avait pas d'argument pour une polyarthrite rhumatoïde, ni pour un autre rhumatisme inflammatoire, ni pour une hépatite virale. L'assurée avait arrêté son médicament antidépresseur qu'elle disait mal supporter. La poursuite du traitement médicamenteux, ainsi que des séances de physiothérapie et des infiltrations locales intra-articulaires de stéroïde lors de poussées douloureuses, étaient suggérées. En outre, la mise en place d'une prothèse unicompartimentale du genou droit avait été préconisée par un orthopédiste. S'agissant de l'exercice d'une activité professionnelle, il était probable que l'assurée ressente, dans un emploi de comptable, des douleurs plus vives des doigts dans le cadre de son arthrose digitale et que des travaux prolongés d'écritures provoquent une exacerbation des douleurs. Il ne pensait pas que la gonarthrose et la coxarthrose jouent un rôle dans ce type d'emploi. Il considérait que l'activité exercée était encore exigible à 100%, avec probablement des périodes d'incapacité de travail en cas de poussées douloureuses de l'arthrose, avec une réduction de rendement de 20% car, à cause de l'arthrose digitale, l'intéressée était moins rapide pour écrire et utiliser un clavier d'ordinateur, et devait s'interrompre à cause des douleurs. Les travaux manuels avec des gestes fins devaient être évités, tout comme la marche et la position debout prolongée. L'assurée pouvait se déplacer, mais était limitée pour de longues distances. Physiquement, la résistance était restreinte.

Le Dr H_____ a notamment annexé les pièces suivantes :

- des rapports qu'il avait adressés à la Dresse B_____ suite à ses consultations ;
- un rapport du 6 janvier 2014 du docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel a conclu, suite à des radiographies des mains réalisées le jour même, à un pincement trapézo-métacarpien des deux côtés avec une ostéophytose marginale du trapèze droit et une calcification adjacente au

trapèze gauche, et à un pincement modéré des articulations interphalangiennes distales ;

- un rapport non daté du docteur J_____, radiologue, suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) du genou droit réalisée le 21 mai

2014 qui a mis en exergue une arthrose touchant notamment la facette interne du genou, s'accompagnant d'un épanchement articulaire, une perte cartilagineuse au niveau du condyle fémoral interne en zone de charge et une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne ;

- un rapport non daté du Dr J_____ relatif à une IRM du genou gauche pratiquée le 21 mai 2014, laquelle a permis de conclure à un status après une ménisectomie de la corne postérieure du ménisque interne, avec un ménisque résiduel frêle et remanié, à une gonarthrose sévère de la facette interne avec une perte partielle du cartilage du condyle fémoral en zone de charge ;
- un rapport du 30 mai 2014 du docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie et médecine nucléaire, concernant des radiographies des longs axes et des genoux effectuées le jour même, lesquelles ont révélé une ascension de la tête fémorale gauche d'environ 7mm, associée à une coxarthrose débutante bilatérale discrètement prédominante à gauche, ainsi qu'à une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale modérée à sévère, prédominant discrètement à droite, et un discret genu varum mesuré à 1.6° à droite et à 1° à gauche.

8. Par rapport du 29 août 2014, la Dresse B_____ a retenu les diagnostics de gonarthrose bilatérale status post arthroscopie en 2007 avec une ménisectomie interne, une péjoration progressive des douleurs prédominantes à droite, des troubles dégénératifs du compartiment fémoro-tibial interne de stade II-III, atteintes ayant des effets sur la capacité de travail. Elle a également mentionné, sans répercussion sur ladite capacité, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.1), une dyslipidémie, des polyarthralgies, des lombalgies et des dorsalgies. L'incapacité de travail était totale depuis le 28 novembre 2013 et l'assurée ne pouvait ni marcher de façon prolongée, ni porter des dossiers. En outre, elle souffrait de troubles de la concentration à cause de l'état dépressif, lequel devait être évalué par la psychiatre traitant. Une intervention chirurgicale était prévue pour les troubles du genou droit.

Elle a transmis à l'OAI un rapport du 10 juin 2014 du Dr E_____, dont il ressort que l'assurée présentait, depuis l'intervention de 2007, une augmentation progressive des douleurs, à prédominance droite. Au status, les amplitudes articulaires étaient conservées, mais l'assurée faisait état de douleurs importantes à la palpation du compartiment fémoro-tibial interne. Les examens complémentaires objectivaient des troubles dégénératifs du compartiment fémoro-tibial interne de grade II-III. La mise en place d'une prothèse unicompartmentale.

9. Dans un rapport du 19 septembre 2014, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis le 27 mai 2014 et qu'il l'avait examinée le jour même. L'intervention chirurgicale était prévue pour le 30 septembre 2014, date à partir de laquelle l'assurée serait en incapacité totale de travail, pour une durée à déterminer en fonction de l'évolution post opératoire.

10. En date du 30 septembre 2014, le Dr E_____ a procédé à la mise en place d'une prothèse unicompartimentale interne du genou droit de l'assurée.

Dans son rapport du 14 octobre 2014, ce médecin a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée à la clinique de la Colline du 30 septembre au 13 octobre 2014. Les suites post-opératoires locales avaient été simples, mais un écho-doppler réalisé le 7 octobre 2014 avait objectivé une thrombose d'une veine tibiale postérieure. Cette complication avait entraîné un retard de rééducation.

Du 13 octobre au 8 novembre 2014, l'assurée a séjourné à la clinique Bois-Bougis pour une rééducation à la marche et un reconditionnement.

11. Le 11 décembre 2014, l'assurée s'est entretenue avec un collaborateur de l'OAI. Elle a fait état de douleurs au niveau des genoux à la marche et en cas de sollicitations, même légères. Elle utilisait des béquilles et était considérablement restreinte dans ses actes quotidiens. Elle était très peu active et demeurait à son domicile. Elle décrivait des difficultés progressives sur son lieu de travail, sous la forme de pressions, d'un isolement, de dévalorisation, de dénigrement, de difficultés de collaboration et de communication avec sa hiérarchie. Ses problèmes professionnels s'étaient invités dans sa vie privée et dans son sommeil. Elle avait eu des difficultés à faire le deuil de son identité professionnelle et ressentait un fort sentiment d'injustice, l'impression d'avoir beaucoup donné et d'avoir été exploitée avec peu d'égards. Elle n'arrivait pas à passer à autre chose et ressassait. Elle faisait également état d'une fatigue liée au fait de résister à ses douleurs physiques permanentes. Depuis son opération du genou du 30 septembre 2014 consécutive à son accident de 2007, elle percevait des indemnités journalières de l'assureur-accidents.

12. L'OAI a accordé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un coaching personnalisé auprès de RHivages, de janvier à mars 2015 (cf. communication du 26 février 2015).

13. Selon le rapport de RHivages du 15 janvier 2015, l'assurée présentait deux problèmes distincts et intriqués, soit des séquelles de son burnout sous la forme d'une désorganisation, d'une perte de concentration et de la mémoire, et un handicap lié à son genou. Cela affectait non seulement son état psychologique, mais également ses perspectives de réinsertion professionnelle. Si elle ne s'inscrivait pas au chômage en mars, elle perdrait son droit, n'y ayant plus cotisé depuis plus d'une année. Il était donc urgent d'avoir une idée claire de l'évolution possible de sa

mobilité. Le plan d'action suggéré comprenait la remobilisation progressive afin de remettre de l'ordre dans ses papiers, un accompagnement lors de la prise de cours encore à déterminer, une aide pour reprendre confiance en soi et une inscription au chômage.

14. Suite à un bilan veineux des membres inférieurs réalisé le 22 janvier 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en maladies vasculaires, a conclu qu'il n'y avait plus de thrombose ni de syndrome post-thrombotique anamnestique.

15. Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 9 février 2015, le Dr G_____ a diagnostiqué une arthropathie du genou droit limitant un effort normal au quotidien et qui jouait un rôle sur l'état psychique de la patiente, qu'il avait suivi entre le 29 octobre 2013 et le 28 juillet 2014. En l'état, l'assurée était en convalescence et en rééducation complète du membre inférieur. Sa capacité de travail était nulle d'un point de vue locomoteur car les déplacements étaient très limités. En revanche, après la guérison, avec une récupération fonctionnelle du membre, il n'y aurait plus d'incapacité de travail, sauf pour les travaux physiques. Les activités en position uniquement debout, accroupie, à genoux, impliquant principalement la marche, la montée d'escaliers ou le port de charge de plus de 10kg étaient à proscrire.
16. Par rapport du 19 février 2015, le Dr E_____ a indiqué à l'assureur-accidents que l'assurée présentait une raideur et une restriction de mobilité. Son incapacité de travail était totale depuis le 29 septembre 2014.
17. Selon une note interne de l'OAI du 20 février 2015, le coach de l'assurée à RHivages indiquait que le genou de l'assurée était toujours très douloureux et représentait un frein majeur à la projection sur le plan professionnel. En effet, l'intéressée suivait quatre séances de traitements par semaine et était centrée sur ses douleurs. À ce stade, elle n'était pas en mesure de s'inscrire pour une démarche de réinsertion.
18. Dans un rapport adressé à l'OAI le 13 mars 2015, la Dresse C_____ a relevé que sa patiente bénéficiait d'une psychothérapie de soutien et qu'il n'y avait pas de limitations psychiatriques, la capacité de travail étant entière sur ce plan.
19. Par rapport du 21 mars 2015, la Dresse B_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de sa patiente s'était légèrement amélioré depuis l'opération de septembre 2014. Il convenait de se référer à l'avis du Dr E_____ concernant une éventuelle reprise du travail.
20. Par avis du 14 avril 2015, la doctoresse L_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après: SMR), a conclu à l'absence d'atteinte psychique avec des répercussions sur la capacité de travail, conformément aux avis du Dr F_____ et de la Dresse C_____. Au niveau somatique, il convenait de demander des informations complémentaires au Dr E_____.

-
21. Dans un rapport du 22 avril 2015, RHivages a relevé que l'assurée avait connu des difficultés liées à sa rééducation et que son emploi du temps avait été affecté par plus de quatre rendez-vous médicaux par semaine. Elle avait désormais retrouvé une mobilité acceptable avec la capacité de conduire. Elle avait réussi à mettre à jour son administratif et s'était inscrite au chômage. Il était essentiel qu'elle puisse bénéficier d'un outplacement pour pouvoir se resocialiser, faire une évaluation objective de ses compétences, être guidée et accompagnée lors de cette période difficile tout en lui faisant prendre conscience de certaines réalités telles que l'acceptation d'un poste de subordonnées. Les problèmes de mémoire et une difficulté à trouver ses mots persistaient.

 22. Dans un rapport du 28 mai 2015, la Dresse C_____ a attesté qu'il n'y avait pas de limitations psychiatriques. L'exercice d'une activité lucrative était possible, sous réserve de l'atteinte orthopédique douloureuse.

 23. Par rapport du 29 juin 2015, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI que la capacité de travail de sa patiente était de 50% depuis le 16 mars 2015. Les limitations fonctionnelles consistaient en une raideur et des douleurs à l'effort avec une inflammation. En flexion-extension, les amplitudes étaient de 115/0/0.

 24. Dans un certificat du 10 juillet 2015, le Dr E_____ a attesté d'une totale capacité de travail dès le 15 août 2015. Dès cette date, l'assureur-accidents a mis fin au versement des indemnités journalières.

 25. L'assureur-accidents a mandaté le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de se déterminer sur le lien de causalité entre les troubles présentés par l'assurée et l'accident de 2007. Dans son rapport du 11 septembre 2015, l'expert a diagnostiqué un status après une contusion antérieure des deux genoux sur une chute le 8 juin 2007, un status après une arthroscopie du genou droit le 18 juillet 2007 et une arthroscopie du genou gauche le 19 décembre 2007, un développement secondaire d'une gonarthrose bilatérale ayant abouti à la mise en place d'une prothèse unicompartimentale le 30 septembre 2014, une thrombose veineuse profonde élective d'une veine surale liée à l'intervention chirurgicale du 30 septembre 2014, guérie actuellement sans séquelle, une limitation fonctionnelle persistante du genou droit sous forme d'un flexum de 15° et d'une flexion maximum de 100°, entraînant une mauvaise démarche, avec une atrophie quadricipitale persistante secondaire, ainsi que la mise en évidence en juillet 2015 de signes de résorption osseuse sous le plateau tibial de la prothèse unicompartimentale, laissant suspecter une évolution vers un descellement, associés à des douleurs de rééquilibrage externe sous forme de tendinites distales bicipitales et proximales des gastrocnémiens. Il a considéré que seule la petite lésion de la corne antérieure du ménisque externe pouvait être en lien de causalité vraisemblable avec l'évènement du 8 juin 2007. Concernant toutes les autres atteintes, il s'agissait d'une aggravation transitoire d'un état préexistant asymptomatique. Pour le genou droit, le statu quo sine se situait à la fin du premier

traitement et/ou à la reprise du travail à 100% et pour le genou gauche, le statu quo ante se situait bien avant les premières investigations qui avaient eu lieu cinq mois après le sinistre. S'agissant de la capacité de travail, elle était de 100% depuis le 15 août 2015 selon les attestations, ce qui lui paraissait correct puisque l'assurée ne présentait aucune plainte de repos ou nocturne. Elle pouvait tout à fait effectuer un travail en position essentiellement assise.

Par rapport du 6 novembre 2015, le Dr E_____ a contesté le diagnostic de descellement de l'implant tibial retenu par le Dr M_____. Il a précisé qu'une arthroscopie-arthrolyse du genou serait prochainement nécessaire pour essayer de regagner une meilleure mobilité articulaire, ce qui handicapait actuellement le plus l'assurée.

26. Le 13 novembre 2015, le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué ne pas partager la conclusion du Dr M_____ selon laquelle sa patiente présentait une arthrose motivant les gestes opératoires de 2007, et considéré que les opérations effectuées en 2007 étaient consécutives aux traumatismes.
27. Dans un avis du 2 décembre 2015, le docteur O_____, médecin auprès du SMR, a considéré que l'assurée avait récupéré sa capacité de travail adaptée six mois après l'opération.
28. Sur demande de l'assureur-accidents, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport sur dossier le 17 décembre 2015. Il a estimé, tout comme le Dr M_____, qu'il y avait un état antérieur pour le genou droit qui avait été aggravé de façon déterminante et durable puisqu'il avait nécessité une intervention sans récupération complète. En revanche, fixer la date du retour au statu quo sine lors de la reprise du travail lui paraissait arbitraire puisque l'intéressée continuait à se plaindre de son genou et occupait un poste sédentaire. Il était également d'avis que la relation entre les troubles au niveau du genou gauche et l'accident ou une éventuelle péjoration n'était que possible, cette articulation présentant des lésions dégénératives. Partant, il concluait qu'il n'y avait pas de retour au statu quo sine pour le genou droit et pas de lien de causalité pour le genou gauche.
29. Dans un courrier du 30 décembre 2015, l'assureur-accidents a informé l'assurée que, compte tenu des conclusions du Dr P_____, il poursuivrait la prise en charge des frais relatifs au traitement du genou droit. En revanche, le Dr P_____ avait confirmé les conclusions du Dr M_____ au sujet des troubles du genou gauche, à savoir l'absence de rapport de causalité avec le sinistre de 2007.
30. Dès le 22 février 2016, la Dresse B_____ a attesté d'une incapacité de travail de 40%.
31. Par courrier du 23 février 2016, l'assurée a contesté auprès de l'assureur-accidents les conclusions du Dr P_____. Elle a également relevé qu'elle présentait des douleurs aux niveaux de la hanche droite et du dos, car sa jambe droite n'était pas

complètement en extension. Puisqu'elle était actuellement au chômage, il était normal qu'elle ne puisse pas ressentir l'intensité et l'importance des séquelles.

32. Le 8 mars 2016, elle a sollicité de l'OAI une acceptation provisoire. Elle a relevé que, inscrite à l'OCE, elle devait effectuer des recherches d'emploi et participer à des mesures de réinsertion. D'autre part, elle devait se rendre à différentes consultations médicales plusieurs fois par semaine. Une arthroscopie était prévue.

Le 10 avril 2016, l'assureur-accidents a reçu un complément du Dr P_____, lequel a maintenu les conclusions de son expertise.

33. Selon une note interne de l'OAI du 12 mai 2016, les conditions d'octroi pour des mesures professionnelles n'étaient pas remplies et l'invalidité dans la part professionnelle était nulle. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de restriction. Les limitations fonctionnelles somatiques retenues, soit une activité permettant l'alternance des positions et l'absence de port de charges de plus de 10 kg, étaient compatibles avec la reprise d'une activité analogue à la précédente, chez un autre employeur.

34. Le 13 mai 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité. En effet, selon le SMR, elle avait été en incapacité totale de travail à partir du 11 juin 2013, mais elle aurait été à même de reprendre son activité habituelle dès le mois de mars 2015, soit six mois après son intervention chirurgicale de septembre 2014. Toutefois, conformément aux directives de l'OFAS, le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que la personne assurée percevait une indemnité journalière et pendant qu'elle se soumettait à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce. Le service de réadaptation avait suivi sa situation depuis le 11 décembre 2014 et elle avait été mise au bénéfice d'un coaching personnalisé auprès de RHivages du mois de janvier au mois de mars 2015. Il avait alors été conclu qu'elle pouvait reprendre son activité professionnelle habituelle dès le mois d'avril 2015. Partant, il n'y avait pas de survenance de cas de rente dans cette situation.

35. Par rapport du 28 mai 2016, la Dresse C_____ a rappelé que sa patiente avait été à nouveau mise à l'arrêt de travail pour des raisons orthopédiques en février « 2015 » (recte: 2016), alors qu'elle avait récupéré une capacité de travail normale sur le plan psychique. À la suite des différents traitements et des interventions, la capacité de travail avait été suffisamment améliorée pour reprendre une activité pleine dès le 15 août 2015, à titre de reprise thérapeutique. Cet essai ne s'était poursuivi que jusqu'au 22 février 2016 en raison d'une recrudescence intolérable des phénomènes douloureux. Actuellement, la capacité de travail était à nouveau nulle, tant sur le plan physique que psychique. Il était certain que sa patiente était en l'état également incapable de travailler en raison d'une rechute dépressive et anxieuse. Depuis sa dépression de 2013, liée à des conflits professionnels, qui s'était améliorée et avait autorisé une reprise du travail, les différents litiges avec les assureurs et les incertitudes sur le plan médical avaient joué un rôle majeur dans les décompensations psychologiques. Sans revenus assurés et sans évaluation claire de

l'atteinte à la santé et des possibilités thérapeutiques, l'assurée avait présenté des moments de dépression majeure, allant jusqu'à des idées suicidaires. Sa vie sociale et relationnelle s'était rétrécie et ses capacités d'adaptation n'avaient pas permis de surmonter ces passages. Pour ces raisons, elle était à nouveau au bénéfice d'arrêts de travail pour des raisons psychiques. Actuellement, la situation était semblable, avec des douleurs, des incertitudes diagnostiques, une anxiété sur sa capacité financière. Ces éléments non résolus entretenaient la dépression. À ce jour, un traitement antidépresseur nouveau avait été mis en route, mais son efficacité n'était pas encore établie, et les douleurs somatiques persistaient. L'assurée avait très mal vécu et très mal assimilé les événements de vie récemment traversés. Il était vraisemblable que sa personnalité soit de type obsessionnel, scrupuleux, soucieux, méticuleux, mais elle ne croyait pas qu'elle ait présenté une atteinte pathologique de la personnalité précédemment. Ce type de personnalité pouvait être fragilisé lors de la rencontre avec des circonstances dommageables, comme le conflit professionnel qui avait fondé le début du suivi auprès d'elle, et se décompenser lorsque ses modes de fonctionnement étaient mis en échec, surtout accompagnés de très forts sentiments d'injustice, comme c'était le cas en l'occurrence.

36. En date du 9 juin 2016, l'assurée a contesté la position de l'OAI. Elle avait été en incapacité de travail à 100% du 11 juin 2013 au 13 mars 2015, puis à 50% du 16 mars au 14 août 2015, et ce dans toute activité professionnelle. Du 15 août 2015 au 21 février 2016, une tentative de reprise thérapeutique avait été prescrite. Malheureusement, cet essai n'avait pas été concluant et une rechute était intervenue dès le 22 février 2016 jusqu'à ce jour. Concernant les conclusions de RHivages, elle a relevé qu'à cette époque, elle avait de grandes difficultés à se déplacer et les douleurs étaient encore très importantes. Elle suivait des traitements et de la rééducation trois fois par semaine, indépendamment des diverses consultations médicales. Elle allait demander aux différents médecins de lui fournir des rapports relatifs aux séquelles et aux limitations orthopédiques, aux atteintes psychiatriques.

Elle a produit des certificats du Dr E_____ attestant d'une incapacité de travail de 100% dès le 29 septembre 2014 et de 50% dès le 16 mars 2015 et de 0% dès le 15 août 2015.

37. Le 21 juin 2016, l'assurée a ajouté que malgré l'intervention du 30 septembre 2014 et la rééducation, elle présentait des limitations de flexion et d'extension du genou droit, lesquelles provoquaient des douleurs au genou, aux lombaires et au niveau du bassin. Elle ignorait si une nouvelle intervention devrait avoir lieu. Elle avait également de l'arthrose aux niveaux des hanches et de la main gauche, ce qui lui provoquait également des douleurs. Toutes les difficultés auxquelles elle devait faire face lui avaient occasionné une dépression, et elle bénéficiait du soutien de la Dresse C_____.

Dans un certificat du 21 juin 2016, la Dresse B_____ a indiqué que sa patiente présentait une gonalgie droite avec une légère impotence fonctionnelle suite à une mise en place d'une prothèse unicompartimentale fémoro-tibiale interne du genou droit, une arthrose post-traumatique suite à un accident du 20 juin 2007, des

coxalgies bilatérales, une arthrose diffuse de la main gauche, des lombalgies récidivantes, un status post opération avec un problème de thrombose veineuse profonde au niveau du membre inférieur droit comme complication des suites opératoires, et un état dépressif réactionnel moyen à sévère. Elle a en outre certifié que la capacité de travail de l'assurée avait été de 0% dès le 11 juin 2013, de 50% dès le 16 mars 2015, de 100% dès le 16 août 2015 à titre thérapeutique, de 60% dès le 22 février 2016 et de 0% dès le 1^{er} juin 2016.

38. Dans un avis du 8 septembre 2016, le Dr O_____ a considéré que le courrier de l'assurée et les certificats médicaux produits ne suffisaient pas à modifier l'avis du SMR, étant souligné qu'il n'y avait pas de rapport médical avec une anamnèse et l'évolution de l'incapacité qui pouvait expliquer que l'assurée n'avait pas récupéré sa capacité de travail. L'intéressée n'avait pas prouvé qu'il n'y avait pas eu d'amélioration.
39. Par décision du 16 septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée pour les motifs évoqués dans son projet de décision considérant que les rapports du psychiatre traitant du 28 mai 2016 et du médecin traitant du 21 juin 2016 n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions du SMR.
40. Par acte du 13 octobre 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, dont elle a implicitement requis l'annulation. La recourante a indiqué avoir été victime d'un burnout professionnel, avoir été en incapacité de travail pour cause de dépression dès le 11 juin 2013, et avoir été licenciée pour le 31 mars 2014. Au niveau orthopédique, elle avait subi une arthroscopie du genou droit au mois de juillet 2007 et du genou gauche au mois de décembre 2007, suite à un accident. Les douleurs s'étaient intensifiées malgré les traitements et elle avait été en incapacité de travail depuis le 1^{er} février 2014. Depuis l'intervention du 30 septembre 2014, elle présentait des douleurs du genou droit, ainsi qu'une restriction des amplitudes qui provoquaient des douleurs lombaires et au niveau du bassin. La pose d'une prothèse complète était désormais préconisée. Toutes ces difficultés l'avaient replongée dans une dépression. Elle a contesté les conclusions du rapport de RHivages relatives à sa capacité de travail, rappelant qu'au mois d'avril 2015, elle se trouvait en rééducation post-opératoire, avait une grande difficulté à se déplacer et présentait des douleurs importantes. Elle devait se rendre à diverses consultations médicales et suivait un traitement de rééducation trois fois par semaines. Elle avait été en incapacité de travail à 100% du 1^{er} février 2014 au 15 mars 2015 et à 50% du 16 mars au 14 août 2015. En outre, ses problèmes de santé s'étaient aggravés depuis les conclusions de RHivages, ce que cette institution ignorait puisque son coaching avait pris fin le 21 avril 2015.

La recourante a notamment produit:

- des compléments d'information de la Dresse C_____ à l'attention de l'assureur perte de gain, datés des 16 février et 21 juillet 2015, et à l'attention de l'assureur-accident du 28 mai 2016 ; il en ressort que l'intéressée avait été mise

en arrêt complet de travail dès le mois de juin 2013 en raison d'un état d'épuisement psychique attribué à de mauvais traitements de la part de son employeur ; à partir du mois de janvier 2014, sa capacité s'était améliorée, sous réserve qu'elle exerce une activité pour un autre employeur; psychologiquement, elle était alors capable d'une reprise normale ; dès le mois de février 2014, la recourante avait été en arrêt de travail pour des raisons somatiques ; cette situation avait entraîné une rechute importante de la dépression, avec une part d'anxiété majeure car les assureurs s'étaient rejetés l'obligation du paiement de sa perte de gain, la laissant dans une incertitude financière intolérable, étant encore relevé que l'assurance-chômage avait refusé d'entrer en matière ; elle avait à nouveau établi un arrêt de travail du 1^{er} juillet au 31 août 2014 pour un état dépressif grave en lien avec ces tracasseries ; sa patiente avait développé un état d'anxiété majeure, avec des ruminations suicidaires, des idées de dévalorisation, des sentiments d'inutilité ; l'incompréhension des procédures et les intrications avaient parfois créé des états de colère et de rage; un traitement antidépresseur avait offert une certaine aide à cette époque; la recourante avait en outre été en conflit avec son employeur sur le paiement des vacances et d'indemnités ; cette contrainte supplémentaire avait joué un rôle majeur dans sa rechute ; finalement, son état psychologique s'était amélioré lorsqu'elle avait ouvert une procédure prud'homale au mois de septembre 2014 et qu'elle avait reçu une première proposition d'indemnisation de l'employeur ; ce litige avait été réglé à l'amiable en janvier 2015 ;

- un rapport du 27 juin 2016 du Dr E_____ indiquant notamment que, depuis le mois de mars 2016, des douleurs lombaires étaient également apparues, accompagnées de douleurs du genou droit, variables selon les activités ;
- un rapport du 14 juillet 2016 du Dr H_____, lequel a indiqué à la Dresse B_____ que la recourante lui avait montré des radiographies récentes de la main gauche qui montraient des lésions d'arthrose digitale au niveau de l'interphalangienne distale avec des images des rhizarthrose ; il lui avait suggéré un traitement médicamenteux et de le recontacter en l'absence d'amélioration progressive ;
- un rapport du 7 septembre 2016 du docteur Q_____, médecin interne au service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après: HUG) ; d'après les dires de la patiente, son état n'avait jamais été satisfaisant après la réalisation de la prothèse ; la physiothérapie avait été effectuée trop tardivement et les mobilités articulaires étaient aujourd'hui à 0-0-100° à chaud ; les douleurs fémoro-tibiales internes et externes étaient invalidantes, limitant l'intéressée dans l'ensemble de ses activités de la vie de tous les jours ; les différents examens complémentaires retrouvaient quelques arguments radiologiques pour une ligne réactive au niveau du plateau tibial interne ; il semblait que la coupe au niveau du plateau tibial soit un peu généreuse donnant une asymétrie de l'interligne articulaire entre le côté interne

et le côté externe; par ailleurs, le morphotype du membre inférieur était très léger au genu valgum ce qui pouvait expliquer une décompensation de la partie externe; enfin, cette prothèse unicompartimentale semblait débordante sur la radiographie de profil; ainsi, la seule solution chirurgicale serait une totalisation de la prothèse unicompartimentale; l'indication chirurgicale était basée sur la gêne fonctionnelle de la patiente; si cette dernière estimait que sa gêne n'était pas suffisante pour prendre le risque d'une telle chirurgie, il ne faudrait pas la réaliser; un deuxième avis auprès de l'équipe de chirurgie prothétique des HUG allait être sollicité;

- des rapports des 5 septembre et 6 octobre 2016 de la Dresse B_____, laquelle a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était récemment aggravé; elle présentait notamment une aggravation de la gonalgie droite avec une impotence fonctionnelle suite à la mise en place d'une prothèse unicompartimentale fémoro-tibiale interne; un bilan radiologique avait mis en évidence une problème d'asymétrie de l'interligne articulaire entre le coté interne et le côté externe, et un traitement chirurgical visant à la totalisation de la prothèse avait été proposé; la recourante bénéficiait d'un suivi multidisciplinaire en vue de réévaluer les décisions prochaines; elle présentait en outre une coxalgie bilatérale, une arthrose diffuses au niveau de la main gauche et des lombalgies récidivantes; elle avait développé un état dépressif moyen à sévère et bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique; en l'état, elle était inapte à travailler à 100%;
- des impressions de son agenda pour la période de décembre 2014 à mai 2015 mentionnant ses divers rendez-vous médicaux ou liés à son inscription auprès de l'OCE;
- un récapitulatif de ses périodes d'incapacité de travail.

41. Dans sa réponse du 8 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours au motif que les éléments apportés par la recourante n'étaient pas de nature à modifier son appréciation du cas.

Il a produit un avis du 3 novembre 2016 de la doctoresse R_____, médecin auprès du SMR, laquelle a résumé les certificats et rapports de la Dresse B_____, ainsi que le rapport des HUG du 6 septembre 2016. Elle en a conclu que ce dernier ne contenait pas d'élément clairement en faveur d'une aggravation subjective, objective ou fonctionnelle concernant le genou droit. Il s'agissait plutôt de la persistance d'une situation qualifiée d'insatisfaisante par la recourante depuis l'opération de 2014 et superposable à celle évaluée lors de l'expertise du Dr M_____. S'agissant des autres atteintes somatiques rapportées par la Dresse B_____, soit la coxalgie, l'arthrose de la main gauche et les lombalgies, il n'y avait aucune précision clinique et aucune limitation fonctionnelle n'était rapportée. De fait, on ne voyait pas en quoi ces atteintes pouvaient impacter l'exercice d'une activité administrative. Sur le plan psychiatrique, la nature réactionnelle du syndrome anxio-dépressif était clairement soulignée. En outre, la Dresse C_____ avait indiqué que le nouvel arrêt de travail

était principalement lié à la problématique douloureuse. Dans ce contexte, il n'y avait pas d'élément en faveur d'une atteinte psychiatrique incapacitante. En définitive, il n'y avait pas d'élément objectif susceptible de modifier les précédentes conclusions du SMR qui demeuraient entièrement valables.

42. Dans un rapport du 28 novembre 2016, le docteur S_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, a retenu les diagnostics de status post-traumatisme du genou droit en 2007, avec une arthroscopie des deux genoux en 2007 et un status post mise en place d'une prothèse unicompartmentale du genou droit en 2014. Les douleurs, présentes au niveau des compartiments interne et externe étaient invalidantes et limitaient fortement les activités quotidiennes. Lors de l'examen clinique du 15 novembre 2016, la flexion-extension était à 100/5/0. Le bilan radiologique effectué au mois d'août 2016 laissait suspecter des signes de descellement de la partie tibiale de la prothèse. Dans ce contexte, il était préconisé de rechercher une infection à bas bruit par ponction sous ultrason et de procéder à une scintigraphie osseuse en raison de la suspicion de descellement de la prothèse.
43. Dans un rapport du 9 décembre 2016, la Dresse B_____ a confirmé l'incapacité totale de travail de sa patiente, laquelle présentait un probable descellement de la partie tibiale de la prothèse. Ces nouveaux éléments devraient permettre à l'intimé de réadapter sa décision.
44. Par rapport du 15 décembre 2016, le Dr S_____ a indiqué qu'une scintigraphie osseuse réalisée le 29 novembre 2016 avait mis en évidence des signes de descellement de la composante tibiale de la prothèse du genou droit avec une composante inflammatoire, et que la ponction de l'articulation du genou droit réalisée le 18 novembre 2016 avait permis d'exclure une infection. Lors de sa consultation du 6 décembre 2016, son examen était identique à celui du 15 novembre 2016. Une reprise chirurgicale consistant en l'ablation de la prothèse unicompartmentale et la mise en place d'une prothèse totale du genou avait été proposée à la recourante, laquelle souhaitait réfléchir à une telle intervention. Dans l'intervalle, des séances de physiothérapie destinées à renforcer la musculature et pouvant aider à la stabilisation du genou lui avaient été prescrites.
45. En date du 13 janvier 2017, la Dresse B_____ a relevé que sa patiente ne pouvait pas reprendre le travail et devait malheureusement bénéficier d'une reprise chirurgicale et de préparation sur le plan musculaire. En outre, la recourante présentait un état dépressif réactionnel avec une aggravation suite à la nécessité d'une nouvelle opération. Un suivi psychothérapeutique régulier avait été mis en place.
46. Par écriture du 7 février 2017, l'intimé a maintenu son appréciation du cas après avoir pris connaissance des derniers rapports.

Il a produit un avis du docteur T_____, médecin auprès du SMR, lequel a rappelé que le Dr M_____ avait retenu des limitations fonctionnelles persistantes du genou droit, avec une flexion minimum à 110° et qu'il avait déjà fortement suspecté un descellement de la prothèse pour expliquer les douleurs résiduelles. Les rapports

des HUG des 28 novembre et 15 décembre 2016 ne faisaient pas état d'une majoration des douleurs et des limitations, en particulier au niveau des mobilités. Les nouveaux documents reçus ne contenaient pas d'élément clairement en faveur d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse et fonctionnelle du genou droit. Il s'agissait d'une situation complètement superposable à celle évaluée lors de l'expertise du Dr M_____. L'éventuelle intervention ne devrait qu'améliorer les choses après une incapacité totale temporaire.

47. En date du 20 février 2017, la recourante a notamment rappelé que le Dr E_____ avait fait état d'une souffrance à la marche, de douleurs et d'inflammations à l'effort, douleurs et problèmes qui s'étaient intensifiés avec le temps. En outre, elle souffrait d'arthrose aux hanches et de coxarthrose du bassin à droite qui provoquaient des douleurs, de nuit comme de jour. Comme elle ne pouvait pas faire une extension complète du genou droit, elle compensait la position lorsqu'elle marchait, de sorte qu'elle avait des douleurs lombaires, dorsales et à la nuque. Elle avait également mal à l'aîne droite. Enfin, l'arthrose de sa main gauche la faisait également souffrir. Toutes ces douleurs s'intensifiaient lors des changements climatiques. Si le Dr M_____ avait effectivement suspecté un descellement de la prothèse, le Dr E_____ avait contesté cet avis. Elle souffrait en permanence et était dans l'incertitude quant à l'évolution de son état de santé. Immédiatement après l'intervention, elle avait eu des problèmes de flexion et d'extension, ainsi que des douleurs, malgré la rééducation intensive.

48. Les 14 et 31 mars 2017, l'intimé a confirmé ses conclusions.

En date du 20 juin 2017, le docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport d'expertise orthopédique sollicité par l'assureur-accidents. Ce document a été établi sur la base du dossier de la recourante, dont les rapports des Drs D_____, M_____ et P_____, l'examen de l'intéressée le 6 juin 2017, l'étude du dossier radiologique complété par un nouveau bilan le 6 juin 2017, et les recherches auprès des différents intervenants thérapeutiques. Le Dr U_____ a diagnostiqué une contusion du genou droit le 8 juin 2007 avec un statu quo sine au 31 décembre 2007, une gonarthrose interne bilatérale débutante, des gonalgies internes droites persistantes après une chondroplastie du condyle interne pour une chondropathie dégénérative du condyle interne, des gonalgies internes droites persistantes après une prothèse unicompartimentale interne avec une arthrofibrose postopératoire massive d'origine multifactorielle, une coxarthrose bilatérale débutante, un rhizarthrose gauche et une discopathie L5-S1. Il a présenté une anamnèse personnelle, socioprofessionnelle, actuelle, puis rapporté les plaintes de la recourante. L'expert a livré les résultats de ses observations et son appréciation du cas, et argumenté les diagnostics retenus. Il a conclu que l'événement du 8 juin 2017 n'avait entraîné qu'une contusion des deux genoux dont les causes et les effets avaient cessé après une durée de six mois, période au-delà de laquelle la chondropathie du compartiment interne, pathologie manifestement et exclusivement dégénérative, était devenue la seule et unique cause de la persistance de la

symptomatologie douloureuse. Du côté gauche, une partie de la symptomatologie était probablement due à la pathologie méniscale dégénérative qui avait pu être traitée, mais à droite, le geste arthroscopique n'avait en rien été curatif et la symptomatologie avait persisté. La persistance des douleurs était clairement due à une arthrofibrose du genou droit, peut-être favorisée par l'encombrement prothétique excessif. Il y avait clairement l'indication à une révision chirurgicale qui ne pourrait se faire que par la mise en place d'une prothèse totale du genou droit. L'intéressée ne se plaignait pas vraiment de douleurs au repos, mais d'une gêne fonctionnelle avec une mauvaise mobilité de genou droit qui, associées aux douleurs mécaniques, étaient clairement gênantes pour une déambulation à la marche. Elles n'étaient en aucun cas invalidantes pour une activité professionnelle. Indépendamment de la problématique de la causalité, il n'y avait pas de justification orthopédique à une incapacité de travail dans l'activité de comptable. Sous réserve de complications liées au changement prothétique, il faudrait compter un minimum de quatre à six mois d'arrêt de travail complet, puis un à trois mois d'arrêt à 50% pour la reprise de l'activité sur le plan théorique dans l'activité habituelle. Concernant le bassin, il s'agissait probablement de douleurs de la charnière lombo-sacrée irradiant légèrement sur la sacro-iliaque droite, douleurs qui étaient en relation de causalité probable avec une discopathie L5-S1. Il existait de discrets signes dégénératifs de la coxo-fémorale droite chez l'intéressée qui présentait par ailleurs une rhizarthrose gauche. Les coxo-fémorales avaient encore une bonne fonction et pratiquement aucune douleur à la mobilisation et rotation forcée. La boiterie était due au flessum du genou droit qui était délétère pour la marche. Les genoux étaient normo-axés de même que les arrières-pieds. Sur le plan strictement médical et indépendamment de l'étiologie maladie ou accident, la capacité de travail était totale dans l'activité de comptable.

Étaient notamment annexés au rapport d'expertise :

- un rapport du 8 juin 2016 suite à des radiographies de la main gauche réalisées le 7 juin 2016, qui ont mis en exergue une arthrose relativement diffuse de la main gauche, intéressant en particulier l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et l'articulation trapézo-métacarpienne du premier rayon ;
- un rapport du 11 août 2016 relatif à des radiographies des membres inférieurs du 9 août 2016, lesquelles ont permis de conclure à un status post-prothèse partielle du genou droit, un angle fémoro-tibial normal des deux côtés, une coxarthrose bilatérale et une arthrose fémoro-tibiale interne.

49. Le 21 juin 2017, la recourante a subi l'ablation de la prothèse unicompartmentale et la révision par la pose d'une prothèse totale.

50. Le 23 août 2017, l'intimé a maintenu ses conclusions, relevant que le rapport d'expertise du Dr U_____ confirmait l'appréciation du SMR selon laquelle le remplacement de la prothèse ne justifiait qu'une incapacité de travail non durable.

Dans un avis annexé du 22 août 2017, le Dr T_____ a estimé que le Dr U_____ confirmait la situation évaluée lors de l'expertise du Dr M_____ et par conséquent

les conclusions du SMR s'agissant de la pleine capacité de travail dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne des membres inférieurs. L'ancienne activité de comptable était adaptée, la capacité de travail était pleine. Selon l'expert, le remplacement de la prothèse ne justifierait qu'une incapacité de travail totale pour une durée de quatre à six mois, puis une reprise progressive à 50% serait nécessaire, pendant un à trois mois. Il confirmait également que l'état du genou droit était stabilisé depuis 2007.

51. Par écriture du 28 septembre 2017, la recourante, par l'intermédiaire d'un mandataire, a notamment relevé que les expertises successives des Drs D_____, M_____, P_____ et U_____, consistaient en des opinions totalement contradictoires, si bien qu'il était impossible de déterminer quel avis devait être suivi. Le dernier expert n'avait pas critiqué pertinemment les rapports précédents. Le Dr U_____ avait d'ailleurs faussement retenu que le Dr P_____ aurait considéré que son atteinte était essentiellement dégénérative. En outre, il ne s'était prononcé sur sa capacité de travail que sous l'angle orthopédique et de manière fonctionnelle, sans tenir compte des douleurs durant la période ayant précédé la pose de la prothèse totale du genou. Au vu de cette situation, elle estimait qu'une nouvelle expertise s'imposait.

La recourante a produit, entre autres :

- un courrier adressé à son assureur-accident le 28 septembre 2017 contestant notamment les conclusions du Dr U_____ et sollicitant qu'un nouvel avis soit requis auprès du Dr P_____ ou d'un expert neutre ;
 - le compte-rendu opératoire relatif à l'intervention du 21 juin 2017.
52. Le 19 octobre 2017, l'intimé a persisté. Il a fait valoir que les conclusions de l'expert, selon lesquelles il n'y avait pas de justification à une incapacité de travail dans l'activité de comptable, étaient claires. En outre, les simples plaintes subjectives ne sauraient suffire pour justifier une invalidité et l'allégation de douleurs devait être confirmée par des observations médicales concluantes.
53. En date du 30 octobre 2017, la recourante a souligné que les Drs M_____ et P_____ n'avaient pas remis en cause la réalité de l'incapacité de travail, comme l'avait fait le Dr U_____. Il n'était pas exclu que ce dernier ait confondu les deux genoux puisqu'il ne décrivait pas de manière générale, et en particulier en page 15, de quel genou il parlait. S'y ajoutait un risque d'erreur puisqu'il avait procédé par de nombreux « Copier - coller ». Il était donc indispensable de procéder à une instruction complémentaire. Par ailleurs, la recourante a signalé que la situation de son genou droit demeurait problématique malgré la pose récente d'une prothèse totale. Son genou demeurait enflé et chaud et la mobilité réduite, en raison d'adhérences susceptibles de mener à une nouvelle intervention.

Le 4 octobre 2018, la Cour de céans a procédé à l'audition du Dr U_____, lequel a déclaré avoir rencontré la recourante pour la première fois le 6 juin 2017 à l'occasion de la première expertise. Un complément avait été prévu le 22 mars

2018, mais le rendez-vous avait été annulé par l'intéressée qui considérait que le délai était trop court. Un second rendez-vous pour un complément d'expertise avait été fixé au 28 septembre 2018 et l'intéressée avait été convoquée le 27 juin 2018. Elle avait toutefois à nouveau annulé ce rendez-vous pour des motifs d'horaire. S'agissant de son expertise, le Dr U_____ a confirmé qu'il n'y avait pas de justification orthopédique à une incapacité de travail quelconque dans l'activité habituelle de comptable, laquelle s'exerçait essentiellement en position assise. Il a précisé qu'il s'était exprimé sous l'angle orthopédique uniquement, les autres atteintes ne relevant pas de son domaine.

Sur questions, le spécialiste a ajouté qu'il avait tenu compte des douleurs alléguées par la recourante, en particulier au niveau du genou, pour se déterminer. Il s'en était d'ailleurs fait l'écho dans son rapport. Il avait également tenu compte des perturbations du sommeil, alléguées par l'intéressée. Si les troubles du sommeil étaient suffisamment importants pour entraîner une gêne fonctionnelle sous forme de trouble de l'attention par exemple, cela relevait de l'interniste, voire du neurologue.

La recourante a contesté avoir annulé les rendez-vous, alléguant que c'était son assureur-maladie qui s'était opposé au complément d'expertise.

54. Lors d'une comparution personnelle des parties du 4 octobre 2018, la recourante a persisté dans sa demande d'expertise judiciaire, relevant qu'il ressortait clairement de l'audition du Dr U_____ que ce dernier s'était prononcé uniquement sur le plan orthopédique et qu'il manquait d'empathie. En l'état, au vu des avis contradictoires versés au dossier, il paraissait difficile de trancher. Elle a précisé être à la retraite depuis le mois d'avril.

La représentante de l'intimé a, pour sa part, considéré que les experts s'étaient montrés unanimes sur les atteintes à la santé, d'une part, leur répercussion fonctionnelle d'autre part. Il lui paraissait dès lors inutile de mettre sur pied une nouvelle expertise dans le cadre de l'assurance-invalidité.

55. Le 4 octobre 2018, la recourante a produit un chargé de pièces complémentaires destinés à démontrer que le rendez-vous du 28 septembre 2018 avait été annulé à la demande de l'assureur-accidents, sans explications. Elle a également transmis la décision sur opposition de l'assureur-accidents du 20 avril 2018 et l'opposition formée à son encontre par l'assureur-maladie.
56. Par courrier du 5 octobre 2018, le Dr U_____ a confirmé à la Cour de céans que les deux rendez-vous pour le complément d'expertise avaient été annulés par la recourante ou par son conseil, comme en attestaient les courriers et courriels annexés.

En date du 29 octobre 2018, l'intimé a persisté, invoquant que le dossier était en l'état d'être jugé, étant rappelé que tous les experts s'accordaient sur les atteintes à la santé et sur les limitations fonctionnelles. La capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle. La mise en place d'une expertise judiciaire ne se justifiait pas,

aucun élément ne permettant de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert. Enfin, le complément d'expertise prévu par l'assureur-accidents concernant la prothèse totale du genou droit était postérieur à la décision litigieuse.

57. Le 5 novembre 2018, la recourante a également maintenu ses conclusions. Elle a soutenu que le Dr U_____ avait fait l'objet d'une prévention toute particulière à son égard. Elle ne s'expliquait pas les raisons pour lesquelles il lui reprochait le report de l'examen en vue d'un complément d'expertise, alors qu'il ressortait clairement de son courriel interne à l'assureur-accident qu'il avait lui-même fait reporter expertise en raison de l'audience du 4 octobre 2018. Son attitude était choquante et contradictoire, et démontrait une prévention toute particulière à son égard et qui ne lui permettait plus de rendre un avis probant.

La recourante a produit une demande de récusation qu'elle avait formulée le 22 octobre 2018 auprès de l'assureur-accidents.

58. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

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. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 16 septembre 2016, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé, en particulier une rente d'invalidité.

6. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 ou mentale 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).

b. 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).

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

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

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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

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

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGGA), 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.

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).

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

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables

(ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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).

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

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au

moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

10. En l'espèce, dans sa décision du 16 septembre 2016, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente, considérant en substance que celle-ci était apte à reprendre son activité habituelle dès le mois d'avril 2015, conformément aux appréciations du SMR.

La recourante conteste cette évaluation et sollicite la mise en œuvre d'une expertise. Elle fait valoir que les nombreux avis figurant au dossier ne permettent pas de trancher le litige, compte tenu de leur divergence.

11. On rappellera en préambule que la Cour de céans statue d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 16 septembre 2016.

Les pièces produites dans le cadre de la présente procédure et qui concernent l'état de santé de la recourante jusqu'à cette date doivent être prises en considération. En revanche, les faits survenus postérieurement, singulièrement l'intervention chirurgicale du 21 juin 2017 et l'incapacité de travail qui s'est ensuivie, devront cas échéant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

12. L'art. 28 al. 1 LAI énonce les conditions d'octroi de la rente. Entre autres exigences, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI établit le moment où naît le droit à la rente, soit 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.

Dans la mesure où la recourante a déposé sa demande de prestations le 29 juillet 2014, le droit à une éventuelle rente d'invalidité n'a pu naître au plus tôt que le 1^{er} janvier 2015.

Il convient donc d'examiner si la recourante a présenté, dès cette date, une incapacité de travail totale d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable.

13. a. La Dresse C_____ a attesté d'une incapacité de travail au niveau psychiatrique, à 100% du 11 juin au 31 décembre 2013 et à 50% du 1^{er} au 31 janvier 2014 (cf. rapport du 12 juin 2014).

Cette évaluation a été confirmée par le Dr F_____, expert mandaté par l'assureur perte de gain, lequel a également conclu que la recourante pouvait reprendre son

activité auprès de son employeur, à 50% du 1^{er} au 31 janvier 2014 et à 100% dès le 1^{er} février 2014 (cf. rapport du 1^{er} novembre 2013).

Seule la Dresse B_____ a considéré que sa patiente était en incapacité de travail à 100% durant le mois de janvier 2014 pour des motifs psychiques (cf. rapport du 2 juin 2014). Son avis, contraire à l'estimation convergente des deux psychiatres qui ont examiné la recourante, ne saurait être suivie, dès lors qu'il n'émane pas d'un spécialiste et qu'il est dénué de toute motivation.

b. Il y a donc lieu de conclure que la recourante a été, du 1^{er} au 31 janvier 2014, en incapacité de travail à 50% pour des troubles psychiques.

14. a. Pour la période du 1^{er} février au 30 septembre 2014, la Dresse B_____ a attesté d'une totale incapacité de travail en raison de gonalgies bilatérales (cf. rapports des 2 juin et 21 juillet 2014). Elle a indiqué que la recourante ne pouvait pas marcher de façon prolongée ni porter des dossiers (cf. rapport du 29 août 2014), sans toutefois expliquer pour quelles raisons une activité de comptable et de gestionnaire administrative serait contre-indiquée. Son appréciation quant à la capacité de travail de sa patiente durant cette période ne se fonde pas sur des examens objectifs. Elle est en outre insuffisamment motivée et n'apparaît pas convaincante, étant rappelé que la recourante a exercé une activité de bureau en position principalement assise, activité qui n'implique pas de longs déplacements et ne requiert pas le port de charges lourdes. En outre, les conclusions de la Dresse B_____ ne sont pas partagées par les spécialistes qui ont également examiné la recourante à cette période.

En effet, le Dr H_____ a diagnostiqué des arthralgies assez diffuses depuis environ un an et demi, dans le contexte d'une arthrose digitale, d'une rhizarthrose bilatérale, d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale, d'une coxarthrose bilatérale discrète. Il a considéré que ces troubles étaient compatibles avec l'exercice de l'activité habituelle à 100%, retenant seulement une diminution de rendement de 20% en raison de probables douleurs au niveau des mains (cf. rapport du 23 août 2014).

Le Dr E_____, lequel a suivi la recourante dès mai 2014, a lui aussi retenu que sa patiente était apte à travailler et ce, jusqu'à l'intervention du 30 septembre 2014 (cf. rapports des 4 juillet 2014 et 19 septembre 2014).

Enfin, le Dr G_____ a considéré que les troubles physiques ne justifiaient pas un arrêt de travail (cf. rapport du 4 mars 2014).

b. La Cour de céans considère donc comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la recourante a disposé d'une entière capacité de travail sur le plan somatique, dans son activité habituelle, du 1^{er} février au 30 septembre 2014.

15. a. La psychiatre traitant a signé des arrêts de travail à 100%, pour la période du 1^{er} juillet au 31 août 2014, précisant toutefois que l'incapacité de travail concernait l'activité déployée par la recourante auprès de son employeur et que la capacité de

travail de l'intéressée était entière et sans diminution de rendement chez un autre employeur (cf. rapport du 11 août 2014). Elle a complété ses renseignements en indiquant que les litiges opposant sa patiente aux assureurs créaient une situation d'attente anxieuse très déprimante (cf. rapport du 14 août 2014). Étant rappelé que les rapports de travail avec l'employeur ont pris fin le 31 mars 2014, force est de constater que l'état de santé psychique de la recourante ne justifiait aucun arrêt de travail durant les mois de juillet et août 2014.

Dans des rapports complémentaires ultérieurs, la Dresse C_____ a indiqué que sa patiente avait à nouveau été en arrêt de travail du 1^{er} juillet au 31 août 2014 pour un état dépressif grave en lien avec des conflits avec les assureurs et l'employeur (cf. rapports des 16 février, 21 juillet 2015, et 28 mai 2016). Bien que la psychiatre traitant n'ait pas expressément pris position quant à la capacité de travail de sa patiente dans un cadre non conflictuel, ses nouvelles déterminations paraissent contradictoires avec son rapport du 11 août 2014, non seulement quant à la capacité de travail de l'intéressée, mais également quant aux constatations de la psychiatre. Compte tenu des faits que la Dresse C_____ n'a pas expliqué pour quelles raisons son évaluation initiale serait erronée et que ses nouvelles appréciations ont été rendues plus d'une d'année après la période déterminante afin de justifier le droit de la patiente à des indemnités journalières, la Cour de céans s'en tiendra aux informations claires communiquées par la psychiatre traitant durant la période dont il est question.

b. La Cour de céans considère donc établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'entière capacité de travail sur le plan psychique, attestée depuis le 1^{er} février 2014, n'a pas été interrompue entre le 1^{er} juillet et le 31 août 2014.

Cela étant, elle relèvera à toutes fins utiles que, même si une incapacité de travail sur le plan psychique avait été avérée durant juillet et août 2014, celle-ci n'aurait de toute façon pu être considérée comme étant de longue durée. En effet, la Dresse C_____ a attesté d'une capacité de travail à 100% dans toute activité dès le 1^{er} septembre 2014, ce qu'elle a confirmé huit mois plus tard en excluant toute limitation psychiatrique (cf. rapport du 28 mai 2015). Ce n'est qu'au mois de mai 2016, soit près de vingt mois plus tard, que la psychiatre a signalé une rechute de l'état dépressif et anxieux (cf. rapport du 28 mai 2016).

16. a. Le Dr E_____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 30 septembre 2014 au 15 mars 2015, de 50% du 15 mars au 14 août 2015 et de 0% dès le 15 août 2015 (cf. certificats des 29 juin et 10 juillet 2015).

Aucun élément ne permet de douter du bien-fondé de cette évaluation, en particulier pas l'avis succinct et dénué de toute motivation du 2 décembre 2015 du Dr O_____, lequel a considéré que la capacité de travail était entière six mois après l'opération. On rappellera encore que les suites opératoires ont été compliquées d'une thrombose, de sorte que la recourante n'a pu débiter que tardivement sa rééducation. Or, le médecin du SMR n'a pas même fait référence à

cette complication. C'est encore le lieu de relever que le SMR, dans ses appréciations ultérieures, n'a pas livré le début d'une argumentation permettant d'écarter les conclusions du chirurgien qui a opéré la recourante au profit de l'avis laconique du Dr O_____.

b. S'agissant de la pleine capacité de travail dès le 15 août 2015, elle a été admise par la Dresse B_____ et n'a pas été contestée par la recourante, bien que celles-ci aient fait référence à une « reprise thérapeutique ».

L'intéressée a été examinée par deux experts mandatés par l'assureur-accidents après le 15 août 2015. Le Dr M_____ a notamment confirmé l'entière capacité de travail retenue par le Dr E_____ depuis le 15 août 2015, relevant que la recourante ne présentait aucune plainte au repos ou durant la nuit (cf. rapport du 11 septembre 2015). Puis, le Dr P_____ a été invité à prendre position sur la date du statu quo, sans se déterminer sur la capacité de travail, laquelle n'était pas litigieuse (cf. rapport du 17 décembre 2015).

c. La Cour de céans retiendra donc que la recourante a été inapte à travailler à 100% du 30 septembre 2014 au 15 mars 2015, à 50% du 15 mars au 14 août 2015, et qu'elle a recouvré une entière capacité de travail dans son activité habituelle dès le 15 août 2015.

17. a. Dès le 22 février 2016, la Dresse B_____ a signé de nouveaux arrêts de travail, estimant que sa patiente disposait d'une capacité de travail de 60%. À partir du 1^{er} juin 2016, ladite capacité était nulle (cf. certificat du 21 juin 2016).

Parallèlement, à partir du mois de mai 2016, la Dresse C_____ a signalé une rechute de l'état dépressif et anxieux. Elle a expliqué que les différents litiges avec les assureurs et les doutes sur le plan médical avaient joué un rôle majeur dans la décompensation psychologique. Les douleurs, les incertitudes quant aux troubles somatiques et l'anxiété relative à sa situation financière entretenaient la dépression. Un traitement antidépresseur avait été introduit, mais son efficacité n'était pas encore établie (cf. rapport du 28 mai 2016).

b. En l'état, la question de savoir si ces incapacités de travail peuvent être confirmées peut rester ouverte, dès lors que la recourante ne remplit manifestement pas les conditions pour se voir reconnaître le droit à une rente.

En effet, l'intéressée a été en incapacité de travail à 50% du 1^{er} au 31 janvier 2014, puis à 100% du 30 septembre 2014 au 15 mars 2015 et à 50% du 15 mars au 14 août 2015. Dès le 15 août 2015, elle a recouvré une entière capacité de travail dans son activité habituelle et ce, jusqu'au 22 février 2016 en tout cas, de sorte qu'il n'y a pas eu incapacité de travail pendant une année sans interruption notable.

Ainsi, au moment où l'intimé a rendu la décision litigieuse, soit le 16 septembre 2016, la recourante ne pouvait effectivement pas prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité.

c. Si la recourante considère qu'elle a par la suite rempli les conditions lui ouvrant le droit à une telle prestation, il lui incombera de déposer une nouvelle demande auprès de l'intimé.

18. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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