

GE_GERICHTE ATAS/443/2012 vom 27. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_443_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/443/2012 du 27 mars 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/443/2012 del 27 marzo 2012

Erwägungen

E. 27

Par arrêt du 16 février 2010 (ATAS/147/2010), le TCAS a rejeté le recours en matière d'assurance-accidents, considérant que les expertises des Drs P_____ et U_____ avaient pleine valeur probante. Il a jugé que l'état de santé de l'assurée s'était stabilisé, que le statu quo sine était atteint au plus tard depuis septembre 2007 et qu'elle possédait une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. En exerçant une activité de saisie de listes d'inventaire TV à 30% depuis le 26 septembre 2006, l'assurée ne mettait pas en pratique sa capacité de travail entière dans une activité adaptée.

A/3328/2009 - 9/19 -

E. 28

Le 7 janvier 2011, le Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt du TCAS, estimant que les affections de nature somatique découlant de l'accident n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, que l'assurée ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain et qu'il n'était pas nécessaire de compléter l'instruction sur le plan médical (8C_264/2010).

E. 29

Le droit étant connu en matière d'assurance-accidents, la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans), anciennement le TCAS, a repris l'instruction de la présente cause le 25 janvier 2011.

E. 30

Dans sa détermination du 21 février 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant que, d'un point de vue psychiatrique, la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dès août 2006 et que, sur le plan somatique, sa situation médicale était stabilisée depuis septembre 2007 au plus tard. Elle présentait dès lors une capacité de travail entière dès le 1er septembre 2007 dans l'activité d'assistante de réalisation chez X_____ ou dans toute autre activité adaptée. L'argument de la recourante consistant à dire qu'elle n'avait pas conclu de contrat de travail à un taux supérieur à 30% en raison de ses importantes limitations fonctionnelles ne prouvait pas qu'elle était incapable de travailler à un pourcentage plus important. Dans son arrêt du 7 janvier 2011, le Tribunal fédéral avait d'ailleurs estimé qu'en ne travaillant qu'à 30%, la recourante ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain. S'agissant de sa demande de complément d'instruction, plusieurs expertises psychiatriques et somatiques dont la valeur probante avait été reconnue avaient déjà été mises en œuvre.

E. 31

Dans sa réplique du 29 mars 2011, la recourante a estimé que la décision du Tribunal fédéral ne pouvait pas être transposée telle quelle dans la présente procédure et que son taux d'activité à 30% se basait sur une décision rendue par la caisse de pension de son employeur, laquelle avait retenu une invalidité professionnelle de 70%. Elle estimait que la réalité de son état de santé avait toujours été totalement négligée par les médecins qui l'avaient auscultée, de sorte qu'il se justifiait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire en orthopédie et psychothérapie et d'entendre ses médecins traitants.

E. 32

Le 5 juillet 2011, la Cour de céans a convoqué une audience au cours de laquelle le Dr Q_____ a déclaré que la recourante était venue le consulter en juin 2004 pour l'aider à gérer ses douleurs dues aux brachialgies. Il l'avait ensuite suivie depuis l'accident jusqu'en octobre 2006. Cet accident avait intensifié son état dépressif, qui était passé de moyen à sévère. Il y avait également un état de stress post traumatique. Avec la prise d'antidépresseurs, l'évolution avait été positive en ce sens que l'état dépressif était devenu léger et que l'état de stress post traumatique avait diminué. Ces affections avaient néanmoins réapparu au premier plan, de sorte qu'il la revoyait depuis janvier 2010 environ une fois tous les quinze jours. Malgré une aggravation de son état de santé, les chances de rémission étaient jugées

A/3328/2009 - 10/19 - bonnes, et, sur le plan strictement psychiatrique, sa capacité de travail était évaluée à 80% depuis le début de l'année 2011. Il ne pouvait pas se prononcer sur la période entre janvier 2006 et janvier 2010, étant donné qu'il n'avait pas vu la recourante. De janvier 2010 à janvier 2011, la capacité de travail était de 50% environ. Le Dr M_____, entendu le même jour, a affirmé qu'il était d'accord avec les diagnostics retenus par le Dr U_____ le 30 décembre 2007. Il ajoutait avoir constaté des vertiges, des nausées, un gros syndrome cervical, des lombo- sciatalgies droites et des douleurs aux genoux. Les douleurs dont souffrait la recourante n'étaient pas jugées somatoformes, ni exagérées. Il relevait que l'expert avait considéré que la situation s'était stabilisée depuis septembre 2007, soit six mois après l'arthroscopie du poignet droit. À son avis, la situation s'était stabilisée dans le mauvais sens puisqu'il avait dû procéder à des infiltrations du poignet en janvier 2010. Il notait encore que, dans son analyse, l'expert ne se préoccupait que de l'atteinte au poignet, alors qu'elle souffrait aussi de l'épaule et qu'elle bénéficiait toujours d'un traitement conservateur (médicaments, physiothérapie et infiltrations). Le Dr M_____ confirmait enfin que sa patiente pouvait travailler à 30% depuis le 25 septembre 2006 et qu'elle pouvait actuellement reprendre le travail à 50% dans une activité adaptée, non statique, ou l'alternance des positions était possible et sans port de charges. La recourante a quant à elle déclaré qu'elle travaillait à 30% depuis septembre 2006, mais ni comme monteuse, ni comme assistante de réalisation. Son activité ressemblait plus à du travail administratif; elle s'occupait par exemple de l'inventaire du matériel de production, de la mise en page de fascicules à l'attention de monteurs venant de l'extérieur, etc. Son activité lui permettait d'alterner les positions, lorsqu'elle en éprouvait le besoin. Elle privilégiait l'utilisation de sa main gauche pour ne pas trop charger la main droite. À cause de ses limitations fonctionnelles, elle rencontrait également des problèmes dans sa vie quotidienne, de sorte qu'elle ne voyait pas comment elle pourrait augmenter son temps de travail.

E. 33

Dans un avis du 3 août 2011, le SMR a estimé que le Dr M_____ n'expliquait pas en quoi la recourante présentait une atteinte à la santé d'une gravité et d'une durée suffisantes pour entraîner une incapacité de travail de 50%, de sorte que son appréciation ne permettait pas de jeter le doute sur les expertises réalisées en amont. Quant au Dr Q_____, il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité résiduelle de travail entre janvier 2006 et janvier 2010. Il retenait par contre une incapacité de 50% de janvier 2010 à janvier 2011, puis une incapacité de 20% dès janvier 2011. Ses observations étaient postérieures à la décision du 18 août 2009. Elle n'entraient donc pas en considération et devaient faire l'objet d'une instruction ultérieure, afin de déterminer si la recourante avait présenté une aggravation objective de son état de santé de janvier 2010 à janvier 2011. S'agissant enfin de la demande de réaliser une nouvelle expertise pluridisciplinaire, elle n'avait pas de sens puisque l'avis du Dr Q_____ était superposable à ceux des experts et celui du Dr M_____

A/3328/2009 - 11/19 - ne s'éloignait de celui du Dr U_____ que dans la mesure où il avait pris en compte des éléments subjectifs dans l'appréciation de la capacité de travail.

E. 34

Dans sa duplique du 18 août 2011, l'intimé a suivi le SMR et maintenu sa position. Il a posé que l'aggravation de l'état de santé de la recourante entre le 1er janvier 2010 et le 1er janvier 2011, annoncée par le Dr Q_____ lors de l'audience du 5 juillet 2011, était largement postérieure à la décision litigieuse du 5 août 2009, de sorte qu'elle ne pouvait pas être retenue et devrait, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande. Le Dr Q_____ rejoignait par ailleurs les experts psychiatres, en indiquant que les atteintes psychiatriques s'étaient améliorées durant l'année 2006. Sur le plan physique, le Dr M_____ était d'accord avec les diagnostics posés par l'expert. La seule divergence des conclusions quant à la capacité résiduelle de travail résultait de la prise en compte d'aspects subjectifs - douleurs - et non d'éléments objectifs liés aux limitations fonctionnelles.

E. 35

Le 31 octobre 2011, la recourante, sans le concours de son mandataire, a expliqué qu'elle n'avait jamais interrompu son traitement psychothérapeutique depuis son accident, mais, qu'en 2006, elle avait fait le choix de s'adresser aux Drs V_____ et W_____ pour soigner son stress post-traumatique par des séances d'hypnose. Elle n'avait jamais retrouvé le cours de sa vie d'avant. Au contraire, son état de santé s'était aggravé, ce que n'avait pas manqué de confirmer le Dr M_____ lors de son audition. S'il était d'accord avec les conclusions du Dr U_____, il fallait néanmoins admettre qu'il avait posé des diagnostics différents pour les mêmes symptômes et retenu des limitations fonctionnelles plus importantes. Elle soulevait également que l'intimé ne tenait pas compte du fait qu'elle était au bénéfice d'une rente professionnelle LPP à 70% en relation avec lesdites limitations. L'intimé avait pris sa décision sur les seules expertises des Drs U_____ et P_____. S'agissant en particulier de l'analyse du Dr P_____, elle n'était documentée par aucun certificat ou rapport médical. L'expert s'était basé sur une note interne de l'inspecteur de son assurance-accidents datée du 12 mai 2005. Or, ladite note contenait des informations médicales infondées et mensongères, concernant notamment sa vie professionnelle et son vécu. Pour preuve, le Dr P_____, sur la base de cette note, indiquait dans son expertise que le Dr M_____ la suivait pour ses différents problèmes ostéo- articulaires depuis plusieurs années, alors qu'elle n'avait été adressée à ce praticien que six mois avant son accident. S'agissant du diagnostic de douleurs somatoformes F.45.9

préexistantes, il ne reposait sur aucun certificat médical. Seule une comorbidité avait précédemment été retenue. Par ailleurs, les entretiens téléphoniques auxquels se référait l'expert n'avaient pas été consignés par écrit, de sorte qu'ils ne pouvaient pas être pris en compte. L'expertise du Dr U _____ négligeait quant à elle des documents majeurs tels que le rapport radiologique de sa colonne dorso-lombaire et de nombreux certificats de ses médecins traitants et en particulier du Dr Q _____. La motivation des diagnostics retenus par le Dr U _____ était sommaire et se basait sur un dossier médical incomplet. Il se

A/3328/2009 - 12/19 - justifiait dès lors d'annuler la décision litigieuse et de mettre en place une expertise pluridisciplinaire pour évaluer son degré d'invalidité. La recourante a produit diverses nouvelles pièces médicales allant de 2000 à 2011.

E. 36

Dans un avis du 24 janvier 2012, le SMR a analysé les différents documents produits par la recourante. Aucun rapport antérieur à la décision litigieuse ne mettait en évidence une aggravation de l'état de santé. L'arthro-IRM ne changeait rien non plus aux limitations fonctionnelles et ne démontrait pas de péjoration de l'état de santé susceptible de modifier les conclusions des experts quant à la capacité de travail de la recourante.

E. 37

Le 30 janvier 2012, l'intimé a considéré que les documents médicaux produits par la recourante ne démontraient pas que son état de santé s'était aggravé, de sorte que les conclusions du SMR restaient valables.

E. 38

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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 345 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le

A/3328/2009 - 13/19 - 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses 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 ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et 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). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. 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 la référence). 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 ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). En l'occurrence, il se justifie de prendre en considération les faits tels qu'ils prévalaient jusqu'au 5 août 2009, cette date coïncidant avec celle de la décision litigieuse. Tout élément postérieur, susceptible de modifier la situation de la recourante d'un point de vue de son droit aux prestations devra faire l'objet d'une demande de révision. 5. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 6. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2007. 7. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre

A/3328/2009 - 14/19 - à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; ATFA non publié I 520/05 du 28 décembre 2006, consid. 3.2). 8. 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 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 9. 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. 10. 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 maladif, 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 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les

A/3328/2009 - 15/19 - altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 11. 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). 12. 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. A 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 125 V 351 consid. 3). 13. 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). 14. 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

A/3328/2009 - 16/19 - 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. Etant 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). 15. 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. cc). 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 16. 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). 17. En l'espèce, dans un premier grief, la recourante conteste la valeur probante des expertises des Drs U_____ et P_____ sur lesquelles l'intimé s'est basé pour rendre la décision litigieuse. Elle demande qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre pour établir la réalité de son état de santé.

A/3328/2009 - 17/19 - La Cour de céans relèvera à cet égard que le TCAS, dans son arrêt du 16 février 2010 (ATAS/147/2010), a reconnu pleine valeur probante à ces expertises qu'il a

jugées complètes, cohérentes et motivées. Par arrêt du 7 janvier 2011 (8C_264/2010), le Tribunal fédéral a confirmé cette appréciation, estimant que les affections de nature somatique découlant de l'accident n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée et qu'il n'était pas nécessaire de compléter l'instruction sur le plan médical. Il apparaît en effet qu'en sus des expertises auxquelles la recourante s'est soumise, de nombreux autres examens médicaux ont été pratiqués. Lesdits examens ne remettent d'ailleurs pas en cause les conclusions des experts. En effet, bon nombre des praticiens appelés à se déterminer ont conclu qu'au plus tard dès septembre 2007, la recourante a recouvré pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le grief de la recourante apparaît dès lors mal fondé, la valeur probante des expertises ne pouvant pas être critiquée. La recourante fait ensuite état de nombreuses nouvelles pièces médicales qu'elle estime susceptibles de modifier l'appréciation quant à sa capacité de travail. En particulier, elle se prévaut des certificats des Drs W_____, A_____, C_____, E_____, F_____ et G_____. Ces différents praticiens ont attesté avoir suivi la recourante avant et après son accident. Néanmoins, à la lecture de leurs rapports et certificats, il apparaît qu'ils ont surtout relaté les plaintes de leur patiente, sans réellement expliquer en quoi les affections dont elle souffre ne lui permettraient pas de mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions ne sont pas suffisamment étayées et convaincantes pour être suivies sans autre forme de procès. A contrario, les experts ont justifié et développé leurs appréciations médicales; ils ont su, en tenant compte des plaintes de l'expertisée, les relativiser et en tirer des conclusions objectives, en adéquation avec les limitations fonctionnelles existantes. Les différentes pièces versées au dossier par la recourante ne permettent donc pas de revenir sur les conclusions des experts. Dans un troisième grief, la recourante se prévaut des déclarations de ses médecins traitants. Elle allègue que les Drs Q_____ et M_____ ont attesté que son état de santé ne s'était jamais amélioré. C'était dès lors à tort que l'intimé avait retenu qu'elle avait recouvré une capacité de gain d'au moins 70% dès septembre 2007. La Cour de céans remarque que d'un point de vue psychiatrique, le Dr Q_____ a effectivement déclaré que l'état de santé de sa patiente avait connu une aggravation, de sorte qu'il la revoyait depuis janvier 2010. Il a néanmoins été dans l'impossibilité de fixer le début et l'intensité de cette péjoration avant janvier 2010, précisant qu'il n'avait pas revu la recourante entre 2006 et 2010. Il est dès lors impossible de déterminer si l'aggravation alléguée est intervenue avant la prise de décision litigieuse. L'attestation du Dr W_____ - psychiatre chez lequel la recourante s'est rendue pour des séances d'hypnose en 2006 et en 2008 - ne permettent pas de conclure à une aggravation de son état de santé psychique dès

A/3328/2009 - 18/19 - cette période. Il apparaît dès lors hautement vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que ladite aggravation est apparue après le 5 août 2009 - date de la décision litigieuse -, aucun médecin n'ayant fait état, avant janvier 2010, d'une quelconque péjoration de son état de santé. S'agissant des affections physiques, le Dr M_____ a déclaré qu'il était d'accord avec les diagnostics de l'expert et qu'il avait également noté une stabilisation de l'état de santé de sa patiente mais dans le mauvais sens. Selon le praticien, la recourante ne pouvait pas, en 2006, reprendre une activité à plus de 30%, en raison des nombreuses limitations fonctionnelles qu'elle présentait. À l'heure actuelle, sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était estimée à 50%. De l'avis de la Cour cependant, le Dr M_____ n'explique pas de manière objective en quoi les limitations fonctionnelles que présentait la recourante l'empêchaient, dès septembre

2007, de reprendre une activité à 70% au moins. Il évoque avant tout des éléments subjectifs, liés aux plaintes exprimées par la recourante, de sorte que ses conclusions ne sauraient décrédibiliser l'expertise du Dr U_____. Dans un dernier grief, la recourante considère que le fait qu'elle ne travaille qu'à 30% et que la caisse de pension de son employeur lui ait reconnu une invalidité professionnelle de 70% est un indice suffisant pour démontrer qu'il ne peut pas être exigé d'elle qu'elle travaille davantage. La Cour de céans, de même que le Tribunal fédéral se sont déjà penchés sur cette question. Il ressort en effet de leurs arrêts précédents que la recourante, en exerçant une activité de saisie de liste d'inventaire TV à 30% depuis le 26 septembre 2006, ne met pas en pratique sa capacité de travail entière dans une activité adaptée. 18. En définitive, le droit de la recourante à une rente d'invalidité ne peut être octroyé au-delà du 30 novembre 2007, cette dernière ayant recouvré une capacité de travail de l'ordre d'au moins 70% en septembre 2007 au plus tard. 19. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision querellée confirmée. Si la recourante estime que l'aggravation de son état de santé dès janvier 2010 - soit postérieurement à la décision litigieuse - peut justifier l'octroi d'une rente, il lui est loisible de formuler une demande de révision en ce sens auprès de l'OAI. 20. Dans la mesure où le recours est rejeté, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3328/2009 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.