

GE_GERICHTE ATAS/779/2011 vom 29. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_779_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/779/2011 du 29 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/779/2011 del 29 agosto 2011

Erwägungen

E. 31

Le 19 novembre 2009, le Service de rhumatologie des HUG a rendu un rapport suite à la consultation du 13 novembre 2009 relevant que le tableau clinique évoquait une sarcoïdose et qu'un scanner thoracique était prévu.

E. 32

Le 3 décembre 2009, le Service de pneumologie des HUG a rendu un rapport dans lequel il a relevé qu'un CT scan thoracique aurait lieu en janvier 2010, lequel devrait permettre de confirmer ou non une sarcoïdose, qu'il n'existait aucun symptôme respiratoire et qu'il n'existait pas d'incapacité de travail du point de vue respiratoire.

E. 33

Le 7 décembre 2009, la Dresse C_____ a indiqué que l'incapacité de travail était encore totale, le cas n'étant pas stabilisé.

E. 34

Le 11 janvier 2010, l'assurée a déclaré maintenir son opposition auprès de la SUVA.

E. 35

Le 14 janvier 2010, le Service de rhumatologie des HUG a rempli un rapport médical intermédiaire AI en indiquant que l'état était stationnaire et qu'un bilan pneumologique était en cours.

E. 36

Le 6 avril 2010, le Service de pneumologie des HUG a rempli un rapport médical intermédiaire AI en indiquant qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle du point de vue pneumologique et que le pronostic était bon ("pas d'atteinte").

E. 37

Le 19 avril 2010, la Dresse C_____ a confirmé une incapacité de travail totale.

E. 38

Le 15 juin 2010, le Service de rhumatologie des HUG (Dresse F_____) a rempli un rapport médical intermédiaire AI en mentionnant un état de santé stationnaire, une absence d'atteinte pulmonaire au niveau de la sarcoïdose, des cervicobrachialgies du membre supérieur droit d'origine peu claire, avec persistance d'une impotence fonctionnelle du bras droit. Il existait une limitation en actif de l'amplitude de tous les mouvements de l'épaule. Il n'y avait pas d'explication concernant cette impotence fonctionnelle.

E. 39

Le 2 juillet 2010, le Service de rhumatologie des HUG (Dresse F _____) a rendu un rapport pour la SUVA faisant état d'un diagnostic de cervicobrachialgies du membre supérieur droit d'origine pas claire. L'évolution était stationnaire sans franche amélioration. Il n'y avait pas d'indication à un suivi par le Service de rhumatologie. Au vu d'une tendinopathie de la coiffe ajoutée il fallait éviter les mouvements au dessus de 90° et le port de charges lourdes.

E. 40

Le 9 juillet 2010, le Dr G _____ du SMR a estimé que l'incapacité de travail n'était pas justifiée, que la capsulite rétractile n'avait jamais été objectivée, qu'il n'y

A/3666/2010 - 7/19 - avait aucune lésion de la coiffe et que la contusion de l'épaule droite se traitait en moins d'un an.

E. 41

Par projet de décision du 16 juillet 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

E. 42

Le 3 août 2010, l'assurée a écrit à l'OAI que la capsulite rétractile et la discrète bursite avait été vue à l'arthro-IRM du 17 août 2006 et qu'elle présentait des douleurs continues et une mobilité réduite.

E. 43

Le 11 août 2010, le Dr G _____ a confirmé ses précédentes conclusions.

E. 44

Le 18 août 2010, le Dr H _____, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un complément d'appréciation selon lequel les investigations médicales permettaient de confirmer l'absence de causalité entre l'accident du 24 juillet 2006 et les troubles actuels car il n'y avait pas de lésion structurelle de l'épaule pouvant être imputée à l'événement du 24 juillet 2006 mais bien plutôt une comorbidité maladie ganglionnaire axillaire, indépendante de l'accident.

E. 45

Par décision du 26 août 2010, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée en relevant que le diagnostic de capsulite rétractile avait été écarté par le Service de rhumatologie des HUG et que les diverses investigations permettaient d'exclure une lésion structurelle de l'épaule pouvant être imputée à l'accident.

E. 46

Le 21 septembre 2010, la Dresse C _____ a certifié une incapacité de travail totale depuis le 1er septembre 2010.

E. 47

Le 24 septembre 2010, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA (procédure A/3202/2010) en concluant à son annulation, à l'octroi de soins médicaux et préalablement à l'audition de la Dresse C _____ et à la mise en œuvre d'une expertise. Elle fait valoir que le diagnostic de capsulite rétractile a été confirmé à plusieurs reprises et que les rapports médicaux sont contradictoires, la Dresse C _____ certifiant encore d'une incapacité de travail totale.

E. 48

Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

E. 49

Le 22 octobre 2010, la SUVA, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours (A/3202/2010) en relevant que les circonstances de l'accident du 24 juillet 2006 étaient floues, l'assurée ayant donné une version "fenêtre" et une version "porte avec manches", que l'IRM de 2009 avait permis d'écartier une capsulite rétractile, que les avis des Drs B_____, D_____ et H_____ étaient convaincants et qu'une expertise judiciaire et l'audition de la Dresse C_____ n'était pas nécessaire.

A/3666/2010 - 8/19 - Subsidièrement, la SUVA a conclu au prononcé d'une reformatio in pejus dans le sens d'une suppression du droit aux prestations à partir de la date que "justice dira".

E. 50

Le 28 octobre 2010, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 27 septembre 2010 (procédure A/3666/2010) en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidièrement à une mise en place d'une expertise médicale et à des mesures de réadaptation professionnelle ou de reclassement. Elle fait valoir que le diagnostic de capsulite rétractile a été posé par plusieurs médecins, qu'elle ne peut plus exercer son activité de nettoyeuse ni, sans aucune autre formation, reprendre une autre activité professionnelle. 51. Le 24 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le diagnostic de capsulite rétractile avait été écarté (rapport des HUG du 19 mai 2009 et du SMR du 9 juillet 2010), que les douleurs invoquées ne suffisaient pas pour justifier une invalidité et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable. 52. Le 26 novembre 2010, le Dr I_____, FMH médecine générale, a certifié une incapacité de travail totale de l'assurée du 1er novembre 2010 au 1er janvier 2011. 53. Le 20 décembre 2010, l'assurée a répliqué (procédure A/3202/2010) en indiquant qu'elle renonçait à l'audition de la Dresse C_____ mais requérait celle de son médecin-traitant actuel, le Dr I_____. 54. Le 21 décembre 2010, le Dr J_____ a rendu un rapport médical relevant que l'examen clinique-neurologique orientait essentiellement vers probablement plusieurs aberrations neurologiques qu'il ne pouvait pas expliquer. 55. Le 25 janvier 2011, la Dresse K_____, FMH spécialiste en neurologie et électroneuromyographie, a effectué un EMG du membre supérieur droit concluant à une neuropathie discrète à modérée du nerf médian droit dans le canal carpien et une neuropathie modérée du nerf cubital droit au coude, sans explication électrophysiologique à la faiblesse globale du membre supérieur droit. Il s'agissait probablement d'un syndrome douloureux chronique. 56. Le 31 janvier 2011, l'assurée a répliqué (procédure A/3666/210) en relevant que dans son rapport du 15 septembre 2009, le SMR avait reconnu une incapacité de travail totale, le cas n'étant pas encore stabilisé. 57. Par ordonnance du 17 février 2011, la Cour de céans a versé une copie du dossier LAA dans le dossier AI. 58. A la demande de la Cour de céans, X_____ SA a indiqué le 28 février 2011 n'avoir eu connaissance que d'un seul accident dont avait été victime l'assurée 24 juillet 2006, décrit dans la déclaration d'accident du 15 août 2006.

A/3666/2010 - 9/19 - 59. Le 21 mars 2011, la Cour de céans a entendu la recourante en audience de comparution personnelle. Celle-ci a déclaré : "J'ai subi deux accidents le premier en mai 2006 et le second le 24 juillet 2006. En mai 2006 je nettoyait un bureau, je

suis sortie pour aller chercher du matériel de nettoyage. Une fenêtre était ouverte. Il y a eu un courant d'air et la fenêtre a frappé mon épaule droite. J'ai eu des douleurs mais je n'ai pas été soignée. J'ai informé mon chef de cet accident mais je n'ai pas vu le médecin. J'ai également continué mon travail. Les douleurs à l'endroit du choc ont perduré. Le 24 juillet 2006, alors que j'ouvrais la porte pour sortir du bureau la poignée de celle-ci s'est accrochée dans la manche ce qui a étiré mon épaule. Cela a entraîné de fortes douleurs. La douleur n'était pas exactement au même endroit que lors du premier accident. En effet, lors de ce dernier j'ai été frappée par la fenêtre derrière l'épaule alors que lors du second j'ai subi un étirement jusqu'au haut du cou. Mon bras a gonflé de façon importante à la suite du deuxième accident j'ai également subi une douleur intense. Je me suis rendue le même jour à l'hôpital accompagnée de ma fille. Avant mes accidents je n'avais jamais souffert de l'épaule. Les accidents ne se sont pas produits dans le même bureau mais dans le même bâtiment où je travaillais, dans la nouvelle aile de l'ONU. Actuellement je souffre encore de mon bras et je n'arrive pas à soulever du poids. Les douleurs sont restées les mêmes depuis toutes ces années. Je suis en traitement chez le Dr I_____ depuis novembre 2010 et je l'ai vu à deux reprises. Le Dr I_____ m'a entre autre prescrit du Dafalgan. Je prends régulièrement des médicaments. Le traitement me soulage mais je ne vois pas de grands changements. Je ne suis pas suivie par d'autres médecins. Je ne vois plus le Dr C_____. Celle-ci ne voulait plus me suivre, je considère qu'elle m'a trahie en me laissant tomber dans les moments difficiles. Le Dr I_____ a vu les radios de mon épaule et a constaté que je souffrais de l'accident. Il a certifié que je ne pouvais plus travailler ce qui est le cas depuis février 2008. J'ai de la peine à m'occuper de mon ménage, j'utilise ma main gauche mais je n'arrive plus à nettoyer mon appartement qui est sale. Je n'utilise pas mon bras droit en raison des douleurs et j'utilise en permanence une écharpe (corde) pour le soulager. Ma fille ne m'aide pas beaucoup dans les tâches ménagères car elle est peu disponible. J'avais demandé à mon médecin, la Dresse C_____, pour obtenir une aide dans le ménage mais celle-ci n'avait pas été d'accord. Depuis mon arrivée en Suisse en 1990 j'ai travaillé principalement dans le secteur du nettoyage le soir à temps partiel. Sans l'accident j'aurais continué mon travail à temps partiel.

A/3666/2010 - 10/19 - Avant Noël j'ai consulté le Dr J_____, lequel a pratiqué un certain nombre d'exams. Il a trouvé quelque chose au niveau du bras. L'assurée a requis une expertise judiciaire et l'intimée s'est opposée à une telle instruction en relevant que la recourante avait été hospitalisée aux HUG à deux reprises dans un but diagnostique et avait été examinée par trois médecins d'arrondissement. Elle a déclaré réserver sa demande de reformatio in pejus dans le cas où une expertise judiciaire serait ordonnée. 60. A la demande de la Cour de céans, les Drs J_____, C_____ et I_____ ont transmis des avis médicaux. - Le 5 avril 2011, le Dr J_____ a indiqué qu'il avait vu les 20 décembre 2010 et 24 janvier 2011 la recourante, qu'elle présentait une impotence totale du membre supérieur droit dont l'étiologie était indéterminée, perturbant sa capacité de travail, que plusieurs traitements dont de la physiothérapie avaient échoué, qu'il n'était plus certain que la compliance soit optimale, que l'affection n'était pas avec certitude en lien de causalité avec les accidents de mai et juillet 2006 mais que ceux-ci avaient influencé une partie de l'affection jusqu'en décembre 2006, que la patiente avait bénéficié de nombreux exams, tous négatifs et, enfin, qu'une dissociation somatoforme pourrait être à l'origine de l'affection. - Le 9 avril 2011, le Dr I_____ a indiqué qu'il avait vu la patiente lors de deux consultations seulement les 26 novembre 2010 et 10 janvier 2011, qu'elle présentait un syndrome algique du bras droit (douloureux chronique) entraînant une incapacité de travail

de 75 %, qu'il y avait peu de vraisemblance d'une causalité de l'affection avec les accidents et qu'il n'avait pas traité la patiente qui n'était plus venue le voir depuis le 10 janvier 2011. - Le 9 mai 2011, la Dresse C_____ a indiqué qu'elle suivait la patiente depuis février 2008, que celle-ci présentait un diagnostic de séquelles d'une capsulite rétractile modérée de l'épaule droite, une discrète boursite sous-acromion-deltoïdienne et une tendinopathie du sus-épineux et de l'intra-épineux à droite, que les investigations des HUG n'avaient pas permis d'expliquer l'impotence du membre supérieur droit et que la patiente, avec un peu de volonté, pourrait reprendre une activité de nettoyeuse à raison de deux heures par jour depuis le 1er octobre 2010. 61. Par arrêt du 20 juin 2011, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée (A/3202/2010 - LAA) en considérant qu'aucun des avis médicaux au dossier ne permettait d'admettre (au-delà du 31 août 2009) au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une causalité naturelle et adéquate entre les accidents de mai et juillet 2006 et l'affection dont souffrait la recourante.

A/3666/2010 - 11/19 - 62. Le 24 juin 2011, à la demande de la Cours de céans, la Dresse F_____ a rendu un rapport médical selon lequel elle n'avait pas revu la patiente depuis juillet 2010, l'examen clinique était très difficile chez la patiente au vu de contre-pulsions, de sorte qu'il n'était pas possible de confirmer des limitations fonctionnelles objectivables; celle-ci n'employait pas du tout son membre supérieur droit et était convaincue de l'impotence complète de ce dernier; enfin le diagnostic de capsulite rétractile évoluait en général favorablement après deux ans mais dans le cas de la patiente l'évolution avait plutôt été dans le sens d'un syndrome douloureux chronique. 63. 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient 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 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 20 février 2008 suite à une incapacité de travail survenue en mai 2007. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). Quant aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles s'appliquent aux faits postérieurs à leur entrée en vigueur, eu égard au principe précité selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision.

A/3666/2010 - 12/19 - 1. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances

du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 16 juillet 2010, qui a été confirmé par la décision du 27 septembre 2010, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 28 octobre 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). 2. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 3. a) Selon l'art. 28 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente, 50 % au moins à une demi-rente ; 60 % au moins à un trois-quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

A/3666/2010 - 13/19 - 4. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable

(symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes

A/3666/2010 - 14/19 - divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im GRAUBereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). 5. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus

susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). 6. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les

A/3666/2010 - 15/19 - références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/3666/2010 - 16/19 - d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) 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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 7. En l'espèce l'affection dont souffre la recourante n'a pas été clairement objectivée par les médecins. Après avoir posé un diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite (le 5 octobre 2007) et tendinopathie de l'épaule droite (mars 2009), la Dresse du service de rhumatologie des HUG, a indiqué le 2 juillet 2010 des cervicalgies du membre supérieur droit d'origine peu claire avec persistance d'une impotence fonctionnelle du bras droit inexpliquée et une tendinopathie de la coiffe entraînant des limitations fonctionnelles.

A la demande de la Cour de céans, la Dresse F _____ a précisé le 24 juin 2011 qu'elle n'avait pas revu sa patiente depuis juillet 2010, que celle-ci n'utilisait pas du tout son bras droit, que les limitations fonctionnelles indiquées le 2 juillet 2010 ne pouvaient être confirmées comme étant objectivables, au vu d'un status

A/3666/2010 - 17/19 - très limité et de contre-pulsions, qu'une activité de nettoyage n'était pas envisageable car la patiente était convaincue de l'impotence complète de son membre supérieur droit et que l'évolution de la capsulite rétractile relevée en octobre 2007 avait été dans le sens d'un syndrome douloureux chronique.

Quant aux Drs K _____ (le 25 janvier 2010), J _____ (le 5 avril 2011) et I _____ (le 9 avril 2011), ils ont évoqué respectivement un syndrome douloureux chronique, une dissociation somatoforme et un syndrome algique du bras droit. Enfin, les médecins d'arrondissement de la SUVA et du SMR ont également retenu une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit inexpliquée. Seule la Dresse C _____ a

confirmé les 31 mars 2008 et 9 mai 2011, mais de façon succincte, un diagnostic de capsulite rétractile suite à un traumatisme avec douleurs persistantes à l'épaule et cervicalgies. S'agissant des conséquences de l'affection, la Dresse F_____ a estimé le 2 juillet 2010 que les limitations fonctionnelles en raison de la tendinopathie de la coiffe étaient les suivantes : pas de mouvement au dessus de 90 % et pas de port de lourdes charges. Cependant, le 24 juin 2011, la Dresse F_____ n'a pas été en mesure de confirmer lesdites limitations fonctionnelles. Quant aux médecins- traitants, ils ont relevé pour le Dr J_____ que l'impotence du membre supérieur droit n'était pas expliquée mais perturbait la capacité de travail de l'assurée comme nettoyeuse et dans une éventuelle activité adaptée, pour le Dr I_____ que l'incapacité de travail était de 75 % mais qu'il n'avait vu la patiente que deux fois et pour la Dresse C_____ que l'assurée pouvait, avec un peu de volonté, reprendre son activité de nettoyeuse depuis le 1er octobre 2010. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les avis médicaux au dossier ne permettent pas de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence de limitations fonctionnelles objectivables ayant des conséquences sur la capacité de travail de la recourante. Dans ces conditions, et en particulier au vu du bilan déjà effectué par le service de rhumatologie des HUG, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise rhumatologique. Les médecins s'accordent d'ailleurs plutôt pour évoquer un syndrome douloureux chronique du bras droit. Or, à cet égard, il n'apparaît pas que la recourante, qui n'a pas été suivie par un médecin psychiatre, présente plusieurs des conditions restrictives nécessaires pour admettre le caractère invalidant d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 4 supra). 8. a) Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure

A/3666/2010 - 18/19 - de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3666/2010 - 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.