

GE_GERICHTE A/1925/2014 vom 7. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1925_2014

FR: GE_GERICHTE A/1925/2014 du 7 avril 2015

IT: GE_GERICHTE A/1925/2014 del 7 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MOURO Manuel recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Le 24 septembre 2013, l'employeur de Madame A_____, née le _____ 1968, a saisi l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) d'une demande pour « détection précoce ».[endif]>![if> 2. Un entretien « détection précoce » a été tenu le 23 octobre 2013. L'assurée a précisé qu'elle travaillait en qualité de gestionnaire de clients AVS auprès de la B_____, qu'elle avait déjà diminué son temps de travail une première fois de 100 à 70% en février 2009 de manière spontanée, afin de préserver sa santé, et qu'elle avait dû réduire à nouveau son temps de travail de 30% à compter du 27 septembre 2012, en raison de douleurs cervicales principalement. Elle espérait pouvoir reprendre son activité lucrative à 100%.![endif]>![if> 3. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 14 novembre 2013.![endif]>![if> 4. Interrogé par l'OAI, le Docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué le 20 décembre 2013 qu'il n'avait vu l'assurée qu'une seule fois, et ajoute qu'« à mon avis, il n'y a pas matière à intervenir de la part de l'AI. Même si la patiente est gênée, on peut exiger d'elle qu'elle accomplisse une activité rémunératrice. Son poste actuel est tout à fait adapté ». Il précise qu'elle ne peut travailler avec les bras au-dessus de la tête et qu'elle est limitée dans le port de charges. Elle doit pouvoir changer de posture, en se levant occasionnellement.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du même jour, le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a déclaré qu'il suivait l'assurée depuis 2001, actuellement au rythme d'une séance toutes les deux semaines ; que depuis de nombreuses années, elle souffrait d'une humeur dépressive avec périodes d'exacerbation en rapport avec sa situation professionnelle et/ou familiale. Il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Elle présente en effet pessimisme, angoisse, labilité émotionnelle, tendance au repli, manque de confiance en soi, estime réduite, humeur dépressive, tendance à éviter les confrontations par crainte du rejet ou de la rupture, et manque d'affirmation de soi. Il recommande à l'OAI de s'adresser à la Doctoresse E_____, s'agissant du taux d'incapacité de travail. ![endif]>![if> 6. Le 22 décembre 2013, la Dresse E_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a retenu le diagnostic de cervicalgies, scapulalgies et hémicrânies droites sur cervicarthrose pluriétagée (spondylodiscarthrose), et hernie discale D2-D3 depuis 2012. Elle estime l'incapacité de travail à 100% du 27 septembre au 21 octobre 2012, à 50% de son temps habituel (70%) dès le 22 octobre 2012, et 30% de son temps habituel (70%) dès le 2 septembre 2013. Elle indique que sa patiente a des difficultés à maintenir la même position, à porter des objets lourds, à effectuer des mouvements de la nuque de manière répétitive longtemps. Selon le médecin, la patiente peut exercer son activité à 70% après aménagement ergonomique de son poste de travail

avec la collaboration de son employeur. 7. Dans une note du 6 février 2014, le médecin du Service médical régional AI (SMR) s'est interrogé sur les raisons de la limitation de la capacité de travail à 70%, dans la mesure où le Dr C_____ indique que s'agissant des cervicalgies, il n'y a pas lieu pour l'AI d'intervenir, et que le Dr D_____ recommande de s'adresser à la Dresse E_____ pour les incapacités de travail. La Dresse E_____, quant à elle, déclare que la capacité de travail après être revenue à 50%, est maintenant limitée à 70%. 8. Un rapport d'évaluation a été établi le 7 février 2014 par une conseillère en réadaptation professionnelle de l'AI. Il en ressort que l'assurée est « invalidée par une fatigue toujours très importante, mais fluctuante (pour en parler avec son médecin, elle tient un journal), par des douleurs et des blocages au niveau des cervicales survenant facilement, pour des riens, même sans mouvement brusque de la tête, par des céphalées qui peuvent durer de 1 à 3 jours et perturbent son sommeil, par des douleurs diffuses sur le côté droit (omoplate, bras, main), l'assurée nous dit que le 70% (du 70%) effectué aujourd'hui est le maximum qu'elle puisse assumer (à ce taux, aucun problème) ». 9. Par courrier du 7 février 2014, l'assurée a tenu à souligner qu'elle souffrait d'arthrose bien avant septembre 2012, et a produit un certificat du Dr F_____, généraliste, daté du 5 février 2014, aux termes duquel celui-ci confirme qu'elle a été en traitement chez lui en janvier 2004, de février à septembre 2009, ainsi qu'en octobre 2009 et mars 2013, pour des cervico-brachialgies droites, tennis Elbow à droite et fréquentes crises de torticolis. 10. A nouveau interrogée par l'OAI, la Dresse E_____ a précisé le 4 mars 2014 que l'assurée était essentiellement limitée au niveau de son rachis cervical, et ceci de manière fluctuante. Sa patiente présente de manière périodique et en dehors de tout effort, des blocages complets avec limitations dans tous les axes. A d'autres moments, la mobilité peut être normale, bien qu'en général toujours sensible. Les raisons médicales objectives de la limitation de la capacité de travail sont essentiellement dues aux douleurs liées à son rachis cervical et aux difficultés à maintenir les positions exigées par son activité professionnelle, et ceci malgré une adaptation ergonomique de son poste de travail. 11. Dans une note du 20 mars 2014, le médecin du SMR, se référant au courrier de la Dresse E_____ du 4 mars 2014, a considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé durable au sens de la LAI. 12. Le 31 mars 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à toute prestation AI. 13. Par décision du 30 mai 2014, l'OAI a confirmé son refus. 14. L'assurée, représentée par Me Manuel MOURO, a interjeté recours le 2 juillet 2014 contre ladite décision. Elle relève que l'OAI s'est principalement fondé sur le rapport du Dr C_____ pour nier son droit à une rente d'invalidité. Or, elle souligne que ce médecin ne l'a reçue que pendant vingt minutes, dans le cadre d'un examen neurochirurgical visant à déterminer si une opération était nécessaire d'un point de vue neurologique. Elle considère ainsi que son dossier a été instruit de manière lacunaire, de sorte qu'il convient d'entendre la Dresse E_____ et d'ordonner une expertise médicale. Elle attire l'attention de la chambre de céans sur le fait qu'elle a déployé de grands efforts pour maintenir son emploi. Elle avait ainsi réduit son horaire de travail de 30% en 2009 déjà, et avait ensuite aménagé son poste de travail avec l'aide de son employeur. Elle conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. 15. Dans sa réponse du 29 juillet 2014, l'OAI relève que, selon la Dresse E_____, l'incapacité de travail est due aux « douleurs liées à l'atteinte de son rachis cervical » et aux « difficultés à maintenir les positions exigées par son activité professionnelle, et ceci malgré une adaptation ergonomique de son poste de travail », alors que le Dr C_____ n'a retenu

aucune incapacité de travail et constaté que l'activité exercée par l'assurée était parfaitement adaptée à son état de santé.![endif]>![if> L'OAI rappelle que, selon le médecin du SMR, le rapport de la Dresse E_____ du 6 mai 2014 n'apporte aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré ou qui pourrait remettre en question l'avis du Dr C_____. Du reste, la Dresse E_____ indique elle-même que l'assurée n'est pas apte, « du moins pour l'instant » à reprendre une activité à 100%, ce qui tend à démontrer que l'atteinte n'est pas durable. L'OAI conclut dès lors au rejet du recours, estimant pour le surplus que l'audition de la Dresse E_____, ainsi que la mise en place d'une expertise judiciaire, sont inutiles. 16. Dans sa réplique du 17 octobre 2014, l'assurée a insisté sur la nécessité d'entendre la Dresse E_____, ainsi que la responsable des ressources humaines auprès de la Caisse suisse de compensation, dont l'audition permettrait de retracer l'évolution de son taux d'activité.![endif]>![if> 17. Dans sa duplique du 4 novembre 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 18. Le 21 novembre 2014, l'assurée s'indigne de ce que l'OAI estime qu'une note manuscrite du Dr C_____ « gribouillée au coin du questionnaire qu'il a rempli à la hâte le 20 décembre 2013 » aurait une valeur probante supérieure à l'avis de la Dresse E_____, laquelle la suit depuis de nombreuses années.![endif]>![if> Elle persiste dès lors à solliciter l'audition de la Dresse E_____. 19. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 17 février 2015, ainsi que l'audition de la Dresse E_____.![endif]>![if> Celle-ci a à cette occasion déclaré que « Quand j'ai vu l'assurée pour la première fois en 2010, elle avait déjà réduit son temps de travail à 70% d'elle-même en raison de douleurs aux cervicales. Ces douleurs devenant de plus en plus invalidantes, elle est venue consulter un spécialiste, soit moi-même. Je considère qu'elle est jeune par rapport aux atteintes dont elle souffre et j'ai pensé que c'était dû à la position qu'elle devait tenir dans le cadre de son activité lucrative. Elle a repris son travail après une période d'incapacité entière à 70% de son 70% dès octobre 2013. Elle allait alors mieux grâce aux traitements que je lui ai prescrits. Nous avons également pu obtenir un aménagement ergonomique de son poste de travail. Je considère qu'il y a à présent une certaine stabilité de son état. Je rappelle qu'elle doit se reposer lorsqu'elle rentre de son travail et qu'en plus il lui arrive régulièrement de se bloquer (équivalent d'un torticolis), cela à raison de plusieurs fois par semaine. Je considère dès lors que le taux d'activité qu'elle exerce actuellement est satisfaisant pour elle, mais ne pourrait pas être augmenté. Il est vrai que dans mon certificat du 6 mai 2014, j'avais indiqué que l'assurée n'était pas apte à reprendre une activité lucrative à 100%, « du moins pour l'instant ». Il m'est toujours difficile de me prononcer de façon définitive. Je suis toujours très prudente à cet égard. J'avais demandé à ma patiente de mettre par écrit chaque jour le rythme et l'intensité de ses douleurs. C'est alors que je me suis rendue compte à quel point son handicap était important. Sa qualité de vie n'est pas satisfaisante du tout. J'explique également qu'elle peut se retrouver bloquée sans avoir fait aucun effort, ni avoir travaillé. Il ne lui reste alors qu'à porter une minerve pendant quelques jours et prendre ses médicaments. Aujourd'hui, avec l'expérience que j'ai de son dossier, je ne dirais plus « du moins pour l'instant ». J'ai adressé ma patiente au Dr C_____ pour avoir son avis. Je voulais qu'il me confirme qu'il n'y avait pas d'indication opératoire. En principe, tel est le cas lorsqu'il y a une atteinte neurologique. Ma patiente ne souffre pas d'atteinte neurologique, mais je voulais être sûre qu'il ne serait pas utile de procéder à un blocage des vertèbres cervicales. Dans son cas, ce n'est pas utile, parce que l'atteinte est diffuse. Le blocage est souhaitable lorsqu'il n'y a qu'une ou deux vertèbre(s) qui se bloquent. Je ne partage pas l'avis du Dr C_____ s'agissant de la capacité de travail. Lorsqu'on parle

d'atteinte diffuse, cela signifie qu'on ne peut pas dire radiologiquement à quel endroit précisément le blocage se fait. Il peut y avoir une composante héréditaire dans les troubles dégénératifs. C'est vraisemblablement le cas pour ma patiente, dans la mesure où elle est en principe trop jeune pour souffrir d'arthrose. Nous avons procédé à quelques examens ces derniers jours, lesquels ont mis en évidence une arthrose lombaire, qui n'est cependant pas aussi marquée qu'aux cervicales. Au niveau des cervicales, il est évident que l'arthrose est prématurée, étant rappelé qu'elle n'était âgée que de 31 ans environ lorsqu'elle a débuté. Je précise que l'arthrose évolue sur plusieurs années pour qu'il soit possible de la mettre en évidence sur une radiographie. L'arthrose dont souffre ma patiente au niveau des cervicales a été clairement objectivée sur les radios en 2010 déjà. En lui prescrivant un traitement médicamenteux, j'essaie de ne pas donner la priorité aux anti-inflammatoires, mais plutôt à des médicaments moins nocifs (des myorelaxants et du paracétamol). Ma patiente connaît bien son traitement et je la laisse gérer celui-ci. En revanche, elle suit très régulièrement un traitement physiothérapeutique et ostéopathe, sans lequel elle ne pourrait vraisemblablement pas assumer son travail comme elle le fait. Ses douleurs n'étant pas constantes, en rythme et en intensité, je dois dire que ma patiente peut vraisemblablement accomplir les tâches ménagères sans problème certains jours, d'autres jours pas. Il est difficile de dire quelle sera l'évolution de l'état de santé de l'assurée, même s'agissant de troubles dégénératifs. On peut simplement procéder à des radiographies tous les cinq ans pour comparer ». 20. L'OAI s'est déterminé après enquêtes le 9 mars 2015. Il produit l'avis du médecin du SMR daté du 2 mars 2015, selon lequel « La Dresse E_____ explique qu'elle suit l'assurée depuis 2010 pour des douleurs cervicales chroniques. Elle précise que les signes radiographiques d'arthrose du rachis cervical sont visibles depuis 2010. Elle précise que le traitement médicamenteux est peu important, limité à des décontractants musculaires et du paracétamol. La lecture du rapport d'audition de la Dresse E_____ confirme l'absence de gravité des atteintes rachidiennes de l'assurée. En effet, hormis l'âge de début précoce, l'assurée ne présente que des images radiologiques de lésions dégénératives banales. De plus, elle ne doit prendre qu'un traitement très limité (antalgique de niveau 1 et pas de dérivés morphiniques). A l'évidence, les déclarations de la rhumatologue traitante confirment qu'une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles de protection du rachis est possible à plein temps ». L'OAI maintient dès lors sa position. 21. Le 13 mars 2015, l'assurée souligne que la nécessité d'une expertise judiciaire s'impose. 22. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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 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).! [endif]> [if> En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2012, voire à 2009. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).! [endif]> [if> 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité.! [endif]> [if> 5. 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).! [endif]> [if> 6. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).! [endif]> [if> 7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart 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 (art. 28 al. 2 LAI).! [endif]> [if> 8. 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).! [endif]> [if> 9. 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).! [endif]> [if> 10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

11. 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. 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).

12. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3) ; cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

14. 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).>[if> 15. Enfin, 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).>[if> 16. En l'espèce, l'assurée a repris son activité lucrative dès octobre 2013 à 70% de son 70%. Elle estime qu'elle ne peut travailler davantage. Son médecin traitant le confirme. Force est de constater qu'en revanche selon le Dr C_____, « à mon avis, il n'y a pas matière à intervenir de la part de l'AI. Même si la patiente est gênée, on peut exiger d'elle qu'elle accomplisse une activité rémunératrice. Son poste actuel est tout à fait adapté ».>[if> Il est vrai que le Dr C_____ n'a été consulté par l'assurée qu'une seule fois, dans le but de déterminer si une intervention chirurgicale devait être envisagée. La Dresse E_____ a à cet égard précisé que « ma patiente ne souffre pas d'atteinte neurologique, mais je voulais être sûre qu'il ne serait pas utile de procéder à un blocage des vertèbres cervicales » (cf. PV d'enquêtes du 17 février 2015). Le Dr C_____ disposait toutefois des mêmes éléments objectifs (examen clinique et radiographies) que la Dresse E_____ pour émettre son avis. Le fait qu'il n'ait vu l'assurée qu'une seule fois importe peu dans ces conditions. Les diagnostics retenus par les médecins et leurs constatations sont identiques. Seules les appréciations et conclusions divergent. La Dresse E_____ a ainsi clairement indiqué qu'elle ne partageait pas le point de vue du Dr C_____ quant à la capacité de travail de sa patiente. Il y a toutefois lieu de relever qu'elle se fonde quant à elle sur des appréciations subjectives. Elle explique en effet que « j'avais demandé à ma patiente de mettre par écrit chaque jour le rythme et l'intensité de ses douleurs. C'est alors que je me suis rendue compte à quel point son handicap était important. Sa qualité de vie n'est pas satisfaisante du tout ». Il y a à cet égard lieu de rappeler que selon la jurisprudence, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances

sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). La Dresse E_____ n'a pas expliqué pour quels motifs précisément elle ne partageait pas l'avis du Dr C_____. Elle s'est bornée à ajouter que « ses douleurs n'étant pas constantes, en rythme et en intensité, je dois dire que ma patiente peut vraisemblablement accomplir les tâches ménagères sans problème certains jours, d'autres jours pas ». Il y a au surplus lieu de constater que la Dresse E_____ se contente de prescrire à l'assurée des myorelaxants et du paracétamol. Sur le plan psychique, par ailleurs, le Dr D_____ s'est borné à renvoyer la question de l'appréciation de la capacité de travail à la Dresse E_____. Il n'a ainsi délibérément pas fixé d'incapacité de travail. 17. La chambre de céans considère que le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables, de sorte que des mesures d'instruction complémentaire ne se justifient pas. Rien en l'état ne permet de mettre en doute les conclusions du Dr C_____.!.[endif]>![if> Force est ainsi de conclure que la capacité de travail de l'assurée est entière dans son activité habituelle. Il va de soi que ses efforts pour garder son emploi (réduction de son temps de travail en 2009 et aménagement de son poste de travail avec l'aide de son employeur) sont à saluer. Il n'en reste pas moins qu'en l'état, son état de santé n'est pas tel qu'il justifie l'octroi d'une rente d'invalidité. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut être que rejeté. 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.