

GE_GERICHTE A/2944/2011 vom 31. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2944_2011

FR: GE_GERICHTE A/2944/2011 du 31 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE A/2944/2011 del 31 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame F _____, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame F _____ (ci-après l'assurée), née en 1953, de nationalité française, mariée et mère de quatre enfants, a travaillé en tant qu'employée de banque auprès de la banque X _____ du 1^{er} novembre 1984 au 28 février 2001, date à laquelle son contrat de travail a été résilié par l'employeur. Du 24 mai au 5 juin 2000, l'assurée a été en incapacité totale de travailler à la suite d'importantes brachialgies et paresthésies bilatérales. Après avoir repris son activité à 40 % dès le 6 juin 2000, elle a derechef été en incapacité totale de travailler dès le 21 août 2000. Le 7 février 2001, l'assurée a consulté le Dr L _____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral très modéré. L'examen myographique effectué n'avait mis en évidence aucun signe de dénervation de distribution radiculaire. Le 7 novembre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après OAI) en sollicitant l'octroi d'une rente. Elle a notamment indiqué avoir été victime de mobbing et souffrir de surmenage, d'une fibromyalgie ainsi que d'une épicondylite. Le 22 novembre 2001, la Dresse M _____, médecin traitant, a rédigé un rapport à l'attention de l'OAI, dans lequel elle a diagnostiqué un surmenage professionnel grave depuis 1995, une fibromyalgie secondaire (notamment une épicondylite chronique), une hypertension artérielle secondaire ainsi qu'un état dépressif secondaire. Cette praticienne a indiqué que l'état de santé était stationnaire et que l'assurée se plaignait de douleurs importantes à la nuque, aux épaules et aux coudes, des deux côtés, assez invalidantes et handicapantes même pour le travail ménager. Elle a constaté au surplus que l'assurée était très nerveuse, hypertendue et déprimée et qu'elle souffrait d'insomnies et de migraines récurrentes. Son pronostic demeurait défavorable en raison de la durée élevée du surmenage. Une autre activité était difficilement envisageable. Dans son avis du 20 février 2002, la Dresse N _____ du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) a expliqué qu'elle avait pris contact avec la Dresse M _____ de l'assurée, laquelle lui avait indiqué que sa patiente ne présentait pas de maladie psychiatrique, qu'elle n'avait pas eu besoin d'un suivi psychiatrique, et que l'état dépressif était dû au surmenage professionnel. La Dresse O _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a examiné l'assurée le 4 mars 2003, en présence de la Dresse N _____. Dans leur rapport du 14 avril 2003, après avoir procédé à l'anamnèse de l'assurée, ces médecins ont relevé que l'assurée ne présentait pas de troubles formels ou logiques de la pensée, ni de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, de signes florides de la lignée dépressive ou de symptômes de la lignée psychotique. Elle était légèrement anxieuse, mais n'avait pas d'angoisses persistantes ni d'attaques de panique en

faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. Sa vie sociale était normale, bien qu'elle ait déclaré avoir moins d'amis depuis qu'elle avait cessé de travailler. Elle ne verbalisait pas d'idées suicidaires et exagérait ses douleurs. Elle présentait en outre des traits de personnalité narcissique et paranoïaque sans pour autant qu'on puisse parler d'un vrai trouble de la personnalité morbide. C'était une femme narcissique, manipulatrice, projective, avec peu de moyens d'introspection et incapable de se remettre en question. Les experts ont diagnostiqué une dysthymie, ce diagnostic reposant sur une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Cette dysthymie ne représentait pas une comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique présentée. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et l'assurée présentait une capacité de travail entière. Le 18 septembre 2003, le Dr P _____, spécialiste FMH en chirurgie, a également rédigé un rapport sur mandat de l'OAI après avoir examiné l'assurée les 1^{er} et 15 septembre 2003. Il a posé les diagnostics de cervicarthrose importante, prédominant entre C4 et C7 sans syndrome neurologique radiculaire au niveau des membres supérieurs, ainsi que de troubles statiques et dégénératifs discrets de la colonne dorsolombaire. Le tableau qui prédominait était celui d'un syndrome douloureux chronique dont l'évolution était défavorable, avec depuis quelques mois une extension de la symptomatologie douloureuse aux membres inférieurs. Les points classiques douloureux en cas de fibromyalgie étaient négatifs à l'exception des points épicondyliens. L'expert a relevé qu'en l'absence de limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans la précédente activité de l'assurée, soit celle d'employée de banque, cette profession n'exigeant aucun effort, port de charge ou déplacement. L'incapacité de travail actuelle, survenue dans un cadre de conflit au lieu de travail avec plainte pour mobbing, était plutôt due à un processus d'invalidation, et dans lequel les facteurs psychosociaux jouaient un rôle prédominant. Au vu de la personnalité de l'assurée telle que décrite dans le rapport psychiatrique, le pronostic du Dr P _____ était défavorable. Dans son avis 15 octobre 2003, la Dresse N _____ a retenu qu'il n'existait aucune atteinte à la santé et que l'assurée avait conservé une capacité de travail complète dans son ancienne activité. Il n'y avait aucun lien de causalité entre les plaintes de l'assurée et les constatations cliniques psychiatriques et ostéo-articulaires. Quant aux incapacités de travail attestées par le médecin traitant, elles ne pouvaient constituer une preuve d'une quelconque incapacité de travail, puisqu'il était admis par la jurisprudence que l'avis du médecin traitant était favorable à son patient en raison des liens de confiance qui les unissaient. Par décision du 27 octobre 2003, l'OAI a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité à l'assurée, au motif que les expertises médicales réalisées dans le cadre de l'instruction du dossier avaient permis de confirmer l'absence de maladie psychiatrique et n'avaient pas mis en évidence de limitations fonctionnelles sur le plan ostéo-articulaire. L'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. L'assurée s'est opposée à la décision de l'OAI par courrier du 7 novembre 2003, et a joint une attestation de son médecin traitant appuyant son opposition. Elle a complété son opposition le 9 décembre 2003, en communiquant à l'OAI trois attestations médicales, dont deux émanant du Docteur Q _____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, lequel avait diagnostiqué une fibromyalgie le 17 octobre 2002 déjà. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2003, ce dernier a indiqué qu'il avait examiné l'assurée à trois reprises en juin 2000 et qu'il avait confirmé le diagnostic de fibromyalgie diffuse invalidante le 3 novembre 2003. Contrairement aux conclusions des Docteurs P _____ et N _____, il

ne pensait pas que l'on pouvait "évacuer par une pirouette" cette affection douloureuse, dans la mesure où la fibromyalgie n'était effectivement pas une maladie psychiatrique et ne montrait pas de limitation fonctionnelle par définition. Par décision sur opposition du 15 décembre 2003, l'OAI a confirmé sa décision du 27 octobre 2003 et rejeté l'opposition. Saisi d'un recours, le Tribunal cantonal des assurances sociales l'a rejeté par arrêt du 29 juin 2004 (ATAS/529/2004). Il a retenu que les expertises réalisées par les Drs O_____ et P_____ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante, et que les critères définis par la jurisprudence pour reconnaître le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux n'étaient pas réunis en l'espèce. A son tour saisi d'un recours, le Tribunal fédéral des assurances l'a rejeté par arrêt du 12 septembre 2005 (I 534/04). Il a admis que le rapport du Dr P_____ avait une pleine valeur probante, et que les autres rapports médicaux ne suffisaient pas à renverser ses conclusions, selon lesquelles l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé limitant sa capacité de travail. Le 4 janvier 2010, l'assurée a déposé une demande tendant à l'octroi de mesures de réadaptation à l'OAI, invoquant des ennuis avec son bras, ainsi qu'une asthénie et une dépression existant depuis le 9 décembre 2008. Elle a joint à sa demande un certificat d'incapacité de travail dès cette date, établi par le Dr R_____. Dans son rapport du 11 février 2010, le Dr S_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques et un syndrome somatoforme à évaluer. Il a indiqué suivre l'assurée depuis le 19 juin 2008. Elle présentait une symptomatologie dépressive avec tristesse, fatigue, désespoir, insomnie et sentiment de culpabilité ainsi que des symptômes somatiques sous forme de douleurs musculaires persistantes. L'évolution clinique était défavorable, mais le sommeil était amélioré par le traitement psychotrope. L'assurée éprouvait des difficultés à investir les tâches quotidiennes et ne se sentait pas prête à envisager un retour à sa profession de secrétaire. Des mesures de réadaptation étaient souhaitables afin que l'assurée puisse reprendre une activité moins exigeante et mieux adaptée à ses difficultés. Le Dr S_____ a joint à son rapport un courrier du 14 mai 2009 de la Dresse T_____, spécialiste FMH en neurologie, dans lequel cette spécialiste a relaté que l'assurée se plaignait de douleurs à l'épaule droite et dans la région épicondylienne droite. Elle éprouvait des paresthésies diffuses aux membres supérieurs et des acroparesthésies nocturnes insomniantes au bras droit, ainsi qu'une faiblesse de la main droite. A la suite de l'examen clinique et de l'électroneuromyographe (ENMG), la Dresse T_____ avait relevé une neuropathie bilatérale du nerf médian dans le canal carpien dominant à droite, l'atteinte étant discrète à droite sans signe de dénervation et très discrète et essentiellement sensitive à gauche. Les douleurs au membre supérieur droit semblaient davantage dues aux cervico-brachialgies C7 droites qu'à la très discrète neuropathie. Dans son projet de décision du 15 février 2010, l'OAI a retenu que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé et a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations. Dans son rapport du même jour, le Dr R_____ a posé les diagnostics de réinnervation chronique ancienne dans le myotome C7 droit, de neuropathie bilatérale du nerf médian, d'engagement hiatal avec reflux sans œsophagite peptique depuis octobre 2009, de status après hystérectomie en 2004, de micro-hématurie secondaire à des microlithiases caliciennes droites sans implication obstructive en 2009, de status après stripping pour une varice saphène accessoire antérieure bilatérale prédominant à droite en décembre 2009, de syndrome douloureux chronique depuis 2000 et d'état anxio-dépressif. Il a noté que l'assurée se plaignait de cervico-brachialgies irradiant jusqu'à la main droite, associée à des omalgies

invalidantes consécutives à des irritations de la coiffe des rotateurs. Elle éprouvait de plus des difficultés à tenir des objets avec les mains en raison de sa neuropathie. Elle présentait un état anxio-dépressif avec asthénie psychologique et physique, limitant ses capacités de concentration, de disponibilité et d'adaptabilité, exacerbé à la suite de procédures judiciaires concernant des membres de sa famille. Elle se trouvait dans un état de confusion, et s'occupait de manière importante au quotidien de son mari, qui souffrait d'une maladie de Parkinson. Le Dr U _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué dans son rapport à l'OAI du 16 avril 2010 qu'il avait vu plusieurs fois l'assurée depuis octobre 2009, en raison de douleurs à l'épaule droite évoluant depuis quelques années avec des douleurs du coude et du pouce à droite, aggravées par les mouvements et provoquant des réveils nocturnes. A la suite de son examen clinique, le Dr U _____ avait diagnostiqué une tendinopathie de la coiffe des rotateurs prédominant sur le tendon sus-épineux avec un conflit sous-acromial à l'épaule droite, une épicondylite du coude droit et des douleurs de la base du pouce droit suggérant une rhizarthrose débutante, que des radiographies effectuées en mars 2010 n'avaient cependant pas confirmée. Le rhumatologue soutenait la demande de mesures de réadaptation dans un poste de travail ne nécessitant pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit ni de port de charges lourdes ou de travaux avec le membre supérieur droit dans un plan situé au-dessus de l'horizontale. Dans son rapport du 26 avril 2010, le Dr Q _____ a attesté que l'assurée l'avait consulté entre 2002 et 2010 pour une exacerbation des douleurs du rachis et des quatre membres, dans le contexte mixte de troubles dégénératifs de la colonne et d'insertionnites en lien avec la fibromyalgie. Elle l'avait vu le 4 février 2010 pour une douleur de l'épaule droite correspondant à une irritation de la coiffe des rotateurs, pour laquelle elle avait bénéficié d'une infiltration. Dans son avis du 3 août 2010, la Dresse N _____ a considéré que les nouveaux certificats rendaient plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Le 13 août 2010, le Dr V _____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à l'IRM cérébrale de l'assurée. Cet examen a mis en évidence des signes d'atrophie corticale à prédominance fronto-pariétale et quelques lésions sous-corticales non spécifiques pouvant être en rapport avec une atteinte des petits vaisseaux, mais aucun argument en faveur de lésion expansive ou hémorragique. Dans son rapport du 3 septembre 2010, le Dr Q _____ a posé le diagnostic de troubles dégénératifs et statiques du rachis, avec répercussion sur la capacité de travail, et de fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était de "100 % suivant les époques". Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'activités exercées uniquement assise ou debout, principalement en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, accroupie ou à genoux, pas de port de charges ou de travaux sur une échelle ou un échafaudage, la capacité de concentration et la résistance étant de plus restreintes par l'état dépressif et les douleurs chroniques. Dans son rapport du 10 novembre 2010, le Dr R _____ a diagnostiqué une réinnervation chronique et ancienne dans le myotome C7 droit depuis 2009, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite depuis 2009, une épicondylite droite chronique depuis 2009 et un état anxio-dépressif chronique avec état moyen et somatisation depuis 1994, ces atteintes ayant une incidence sur la capacité de travail. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une encéphalopathie vasculaire en cours d'investigation, une neuropathie bilatérale des nerfs médians, un engagement hiatal avec reflux sans œsophagite peptique, une micro-hématurie secondaire à des microlithiases caliciennes droites sans implication obstructive, une cervicarthrose étagée C3-C7 avec canal rachidien étroit, un rétrolisthesis C3-C4, des varices des saphènes accessoires antérieures

bilatérales, un angiome de la vessie, une rhinite chronique à composante allergique, un coup du lapin, un accouchement prématuré à 23 semaines de grossesse ainsi qu'un status après hystérectomie et stripping du membre inférieur gauche. L'assurée se plaignait de cervicalgies et de douleurs de l'épaule droite chroniques, ainsi que d'une faiblesse du bras droit lors du port de charges, de difficultés à se saisir d'objets avec les mains, d'une irradiation au niveau de la région épicondylienne droite, de paresthésies diffuses des membres supérieurs, de fourmillements nocturnes insomniants au membre supérieur droit, d'acroparesthésies lors du port d'objets lourds et de douleurs à l'omoplate droite. Elle ressentait également des douleurs des deux genoux, exacerbées en position assise ou en descendant les escaliers. Au plan psychiatrique, l'assurée avait eu une enfance difficile dans un milieu très strict. Elle présentait un état anxio-dépressif chronique avec des exacerbations aiguës avec somatisation sous forme d'éructions, pyrosis, épigastralgies importantes et état nauséux présent le matin. Elle avait des troubles du sommeil consécutifs à cet état dépressif, et souffrait d'une asthénie psychologique et physique. L'assurée se trouvait dans un état de confusion. Il y avait une contraction temporelle des récits, et un traitement et un suivi individuel étaient impossibles. La capacité de travail était nulle en tant qu'employée de banque depuis janvier 2008. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: les activités uniquement en position assise ou en alternance des positions étaient limitées à cinq heures par jour au maximum, celles exercées uniquement debout à deux heures par jour, les activités exercées en marchant ou en rotation du corps à une heure par jour, celles qui nécessitaient de monter les escaliers ou de se pencher ne pouvaient être exercées plus d'une demi-heure par jour. Les activités à genoux ou impliquant le port de charges ou le travail sur une échelle étaient exclues, les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance étant pour le surplus limitées par l'algie, l'asthénie et les troubles de la mémoire. Dans son rapport du 11 novembre 2010, les psychologues W_____ et A_____ de l'Unité de neuropsychologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) ont indiqué que l'assurée se plaignait de difficultés de mémoire et d'un sentiment d'être dépassée rapidement dans les tâches intellectuelles, ce qui entraînait un sentiment de panique, et d'une importante fatigabilité. Ces troubles étaient apparus six à huit mois plus tôt. Elle signalait également de nombreuses douleurs, une tristesse et une anxiété depuis plusieurs années, ainsi qu'un épuisement en raison de ses problèmes familiaux et de la maladie de son époux. A la suite de leur examen, les psychologues ont conclu à un déficit isolé de la mémoire épisodique verbale d'intensité modérée à sévère, les autres fonctions cognitives étant préservées. Une composante vasculaire ne pouvait être exclue compte tenu des résultats de l'IRM, mais la problématique anxio-dépressive contribuait à ce tableau. Il était dans ce contexte indispensable de poursuivre le suivi psychiatrique. Dans son rapport du 18 novembre 2010, la Dresse T_____ a diagnostiqué une cervicarthrose C5-C6 avec signes de dénervation-réinnervation chronique ancienne dans le myotome C7 droit, une tendinite de la coiffe des rotateurs droits, une épicondylite droite chronique, un état anxio-dépressif chronique, et des troubles de la concentration dans le cadre d'une encéphalopathie vasculaire et d'un état dépressif en cours d'investigation, ces atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. La Dresse T_____ avait vu l'assurée en 2005 et 2009 pour des cervicobrachialgies droites, des douleurs dans l'épaule droite et dans la région épicondylienne droite et des paresthésies diffuses des membres supérieurs. Les troubles de la concentration et de la mémoire, les douleurs et la maladresse du membre supérieur droit réduisaient à néant sa capacité de travail. La neurologue a établi les

limitations fonctionnelles comme suit: activités uniquement en position assise ou en alternance des positions au maximum quatre heures par jour, uniquement debout ou en marchant au maximum une heure par jour, les activités exercées en se penchant, à genoux, en rotation du corps ou en montant les escaliers étaient toutes limitées à une demi-heure par jour, tandis que le port de charges et le travail sur une échelle étaient impossibles. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance étaient restreintes par les douleurs, l'asthénie et les troubles de la mémoire. Dans son rapport du 22 décembre 2010, le Dr S _____ a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen (F 33.1), de trouble anxieux sans précision (F 41.9) et de syndrome somatoforme douloureux persistant (F 45.5) depuis juin 2008, ainsi que d'une situation familiale difficile, procès, et époux malade (Z 63), cette dernière atteinte étant sans incidence sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle depuis janvier 2008. Il a procédé à l'anamnèse familiale et personnelle de l'assurée, en soulignant les difficultés liées à la procédure judiciaire touchant la famille de l'assurée ayant entraîné chez celle-ci une grave crise avec sentiment de culpabilité, détérioration des relations intrafamiliales et réactualisation du conflit chronique avec sa fille. L'assurée avait beaucoup de peine à assumer ses tâches ménagères, et les liens fusionnels avec son époux favorisaient l'isolement et la régression. Elle se plaignait de difficultés de mémoire, d'angoisse, d'intolérance au stress, de troubles du sommeil et d'une forte fatigue. Elle ressentait de la tristesse, une perte d'estime et un manque de motivation général. Elle ne sentait pas capable de reprendre une activité de secrétaire. L'anxiété selon le test de Hamilton était moyenne à forte, la dépression modérée selon l'échelle de Hamilton en juin 2008 et décembre 2010. L'examen neuropsychologique avait conclu à un trouble anxio-dépressif s'accompagnant d'un déficit isolé de la mémoire épisodique verbale d'intensité modérée à sévère. Le pronostic était incertain, le traitement antidépresseur n'ayant pas résolu les symptômes thymiques. L'activité de secrétaire n'était pas envisageable en raison des difficultés d'adaptation, de la fatigabilité et de l'intolérance au stress. Une période de réadaptation dans un milieu mieux adapté et moins exigeant était indiquée, sous forme d'un stage à 50 % dans un premier temps. Les mesures médicales devaient amener à une amélioration de la tolérance au stress, et une reprise de l'activité professionnelle était envisageable à 50 % au moins sous forme de mesures de réadaptation à partir d'avril à mai 2011. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues par le Dr S _____: pas plus de deux heures par jour pour les activités exercées uniquement debout, pas plus de cinq heures en alternance des positions, pas plus d'une heure pour les activités exercées en marchant ou en rotation du corps, pas plus d'une demi-heure pour les activités exercées en se penchant, en montant les escaliers ou accroupie. Les activités à genoux, en travaillant les bras au-dessus de la tête, sur une échelle ou en portant des charges étaient exclues, les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance étant également limitées. Les Drs B _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et C _____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont procédé à l'expertise de l'assurée le 16 mai 2011. Dans leur rapport du 31 mai 2011, ils ont résumé le dossier médical de celle-ci avant de procéder à son anamnèse, en relevant notamment que sa vie sociale était relativement riche. Au plan psychiatrique, l'assurée n'avait aucune plainte expresse, mais a évoqué l'animosité envers sa fille, qui avait déposé plainte contre le fils et l'époux de l'assurée. Les douleurs somatiques rapportées étaient des cervicalgies se prolongeant entre les omoplates mais aussi aux épaules et aux membres supérieurs, prédominant du côté droit avec un point plus précis au niveau du coude et à la face dorsale du poignet, des paresthésies ressenties comme des

fourmillements sur les mêmes territoires, un sentiment d'endormissement de la main, une diminution de la force, une fatigabilité des membres supérieurs, des sentiments nocturnes réguliers de brûlures des membres inférieurs et des difficultés pour porter des charges. L'assurée ne mentionnait pas de lombalgies particulières mais des douleurs du bassin, des douleurs fessières survenant en position assise prolongée, la position assise et la marche n'étant tolérées qu'une heure. Lors de l'examen psychiatrique, lequel a duré 2 h 35, la Dresse C_____ a observé que l'assurée était restée assise sans signe de douleur. La mémoire des dates et des faits était bonne, il n'y avait pas de trouble du cours de la pensée ni élément de la lignée anxieuse ou phobie spécifique. La psychomotricité était vive, la thymie souriante et détendue. Le sommeil était bon depuis la prise de Seroquel© et l'appétit était perçu comme normal. Il n'y avait pas de trouble de l'attention ni de la concentration. L'experte n'a pas non plus constaté d'anhédonie ou d'aboulie. L'assurée ressentait une certaine culpabilité face au comportement de sa fille, mais ne présentait pas d'idéation suicidaire et l'image de soi était normale. Aucun signe de fatigabilité n'était objectivé. L'examen ne mettait en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni d'un trouble décompensé de la personnalité. Le Dr B_____ a également procédé à un examen complet, qu'il a complété par une radiographie de la colonne cervicale révélant des troubles disco-dégénératifs importants du rachis cervical prédominant en C5-C6, marqués par une importante ostéophytose antéropostérieure de ce niveau, un remaniement dégénératif en miroir prédominant postérieur et une diminution de l'espace intersomatique localisé. A l'issue de ces examens, les experts n'ont diagnostiqué aucune atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assurée souffrait en revanche de cervicobrachalgies droites, de troubles disco-dégénératifs du rachis cervical, d'un syndrome de tunnel carpien bilatéral, d'épicondalgies gauches et de deuil et de difficultés de contact avec un membre de la famille (F 43. 2 et Z60.8), sans incidence sur sa capacité de travail. Du point de vue psychiatrique, bien qu'aucun antécédent de maladie psychiatrique n'ait été relevé, l'assurée avait vécu des événements extrêmement difficiles, comprenant des deuils cumulés et une dénonciation pénale de la part de sa propre fille, décrite comme calomnieuse. La souffrance en lien avec son passé difficile ne montrait cependant aucun caractère pathologique, l'examen des critères de dépression était négatif et aucune atteinte psychiatrique n'était décelée, de sorte que la capacité de travail était entière dans toute activité. Au plan rhumatologique, l'expertise de septembre 2003 par le Dr P_____ n'avait mis en évidence aucune limitation fonctionnelle ostéo-articulaire significative limitant la capacité de travail en tant qu'employée de banque, cette activité ne nécessitant pas d'efforts particuliers, de port de charges ou de mouvements répétitifs des membres supérieurs ni de déplacement. Les symptômes étaient restés stationnaires depuis cette première expertise, avec toutefois le développement en 2009 de douleurs plus localisées de l'épaule droite dans un contexte de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de conflit sous-acromial. L'examen rhumatologique était cependant normal, sans limitation fonctionnelle objectivable manifeste. L'expert avait constaté des douleurs mal systématisées du moignon de l'épaule droite en fin d'élévation et d'abduction, évocatrices d'un conflit sous-acromial, ainsi que des douleurs à la palpation de l'épicondyle gauche. L'examen neurologique était également normal au-delà de manœuvres de Tinel et de Phalen positives dans un contexte de syndrome de tunnel carpien bilatéral. Le conflit sous-acromial, les épicondalgies comme le syndrome de tunnel carpien bilatéral n'entraînaient cependant aucun retentissement fonctionnel clinique manifeste ni trouble neuromoteur, et ne restreignaient dès lors objectivement pas la capacité de travail de

l'assurée. Sur la base anamnestique de troubles neuroparesthésiques nocturnes des membres inférieurs, un syndrome des jambes sur repos ne pouvait être écarté mais restait également sans répercussion sur l'appréciation de la capacité de travail objective de l'assurée. Aucune modification durable de l'état de santé n'était objectivée depuis l'expertise du Dr P_____. La capacité de travail restait totale dans l'activité habituelle, adaptée aux limitations fonctionnelles car elle n'impliquait pas le port de charges au-delà de 5 kg, les mouvements répétitifs de la nuque et des membres supérieurs, principalement du membre supérieur droit au-delà de l'horizontale. Des mesures de reconversion professionnelle étaient donc superflues. Au vu de la longue période d'inactivité depuis le dernier emploi, une remise à niveau des connaissances, voire une aide au placement, pourrait en revanche être proposée. S'agissant des diagnostics posés par leurs confrères, les Drs C_____ et B_____ ont exposé que la fibromyalgie diagnostiquée par le Dr D_____ ne pouvait être retenue après l'examen clinique, et ne ressortait pas non plus de l'expertise du Dr P_____ et du rapport du Dr U_____. L'assurée ne présentait quoi qu'il en soit pas de comorbidité psychiatrique, et les autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant à une atteinte fibromyalgique ou un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas réunis. L'assurée n'avait en effet pas subi de perte d'intégration sociale. Le processus défectueux de résolution de conflit n'était pas clairement identifié, bien que l'octroi d'une rente d'invalidité au mari de l'assurée ait pu favoriser une certaine solidarité. Les traitements médicaux étaient en outre efficaces. Quant à l'état anxio-dépressif chronique décrit par les Drs R_____ et S_____, l'examen des critères d'anxiété et de dépression au sens des classifications internationales n'en montrait pas de signe. On pouvait dès lors envisager soit une amélioration, soit une fluctuation de ces symptômes expliquant qu'ils n'aient pas été décelés le jour de l'examen. Si tel était le cas, il fallait en conclure que leur intensité et leur impact sur la vie quotidienne n'étaient pas tels qu'ils empêchaient l'assurée de travailler. Tel était également le cas d'éventuels symptômes psychiatriques qui avaient pu apparaître avant l'expertise. Dans son avis du 7 juillet 2011, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SMR, a relevé que la capacité de travail de l'assurée était totale depuis la date de l'expertise. Le début d'une incapacité de travail était fixé à janvier 2008 par le Dr S_____. Celui-ci ne traitait toutefois l'assurée que depuis juin 2010, son avis sur ce point ne pouvait donc être suivi. Il fallait dès lors se fier aux indications du Dr R_____, dont le certificat attestait d'une incapacité de travail du 9 décembre 2008 au 31 novembre 2009. Dans son rapport du 10 novembre 2010, il avait estimé que l'incapacité de travail était nulle dès janvier 2008, sans interruption, mais il s'agissait-là selon le Dr E_____ d'une confusion. L'incapacité de travail étant liée au premier plan à l'état anxio-dépressif notamment lié à la plainte pénale déposée en mai 2008 par la fille de l'assurée contre le fils et l'époux de cette dernière, il fallait accepter une incapacité de travail totale dès cette date jusqu'à la prise de position des experts, soit au 16 mai 2011. Dès le lendemain, l'assurée disposait d'une capacité de travail totale dans une activité sans travail lourd, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans mouvement répétitif de la nuque et du membre supérieur droit au-delà de l'horizontale. Il n'y avait aucune limitation au plan psychique et mental. Dans son avis du 16 août 2011, la Dresse N_____ a indiqué qu'une erreur s'était glissée dans l'avis du SMR du 7 juillet 2011. Après relecture du dossier et de l'expertise, il n'y avait pas lieu de retenir que l'assurée avait présenté une aggravation de l'état de santé telle qu'une incapacité de travail de longue durée puisse être reconnue. Par décision du 26 août 2011 notifiée au conseil ayant représenté l'assurée dans le cadre de la

précédente procédure, l'OAI a retenu que l'assurée n'avait pas subi d'aggravation de son état de santé ayant une répercussion sur sa capacité de gain. Partant, le droit aux prestations était nié. Par courrier du 27 septembre 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI, demandant "une vraie expertise médicale" qui pourrait être confiée à l'Hôpital cantonal. Par décision du 4 octobre 2011 notifiée à l'assurée et annulant et remplaçant la décision du 26 août 2011, l'OAI a confirmé le refus d'une rente et de mesures professionnelles à l'assurée. Dans sa réponse du 25 octobre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, en soulignant que le rapport des Drs B_____ et C_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et que l'assurée n'amenait aucun élément susceptible d'en modifier les conclusions. Il a précisé qu'il avait rendu une nouvelle décision le 4 octobre 2011 car la première n'avait pas été notifiée à l'assurée, qui n'était plus représentée par le mandataire ayant reçu dite décision. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'assurée par pli du 28 octobre 2011, en l'informant de son droit de consulter le dossier. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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. En vertu de 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 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid.

2.2). b) 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 convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). L'expertise réalisée par les Drs B _____ et C _____ correspond en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de valeur probante d'un rapport médical, puisque ces experts l'ont établie en pleine connaissance du dossier médical, qu'elle comprend une anamnèse détaillée, que leurs diagnostics ont été posés à l'issue d'examen cliniques fouillés et que leurs conclusions sont claires et soigneusement motivées. Ces médecins ont notamment expliqué pour quelles raisons ils s'écartaient de certains diagnostics posés par leurs confrères. Les rapports des médecins traitants de l'assurée ne sont pas suffisants pour remettre en cause les constatations des experts sur la capacité de travail totale de l'assurée dans son activité habituelle. S'agissant de la neuropathie établie par la Dresse T _____, cette atteinte est qualifiée de très discrète par la neurologue, qui a d'ailleurs considéré qu'elle n'était vraisemblablement pas en lien avec les douleurs au bras alléguées par l'assurée. Ce diagnostic a en outre été pris en compte par l'expert. C'est également le cas des autres atteintes recensées par la Dresse T _____ dans son rapport du 18 novembre 2010. On notera d'ailleurs que cette spécialiste n'a été consultée

que deux fois par l'assurée en 2005 et 2009, de sorte que son rapport de 2010 a apparemment été établi sans nouvel examen de l'assurée. Quant aux rapports du Dr S_____, il y a lieu de noter que ses diagnostics ne sont pas constants. Ce praticien a en effet fait état d'un épisode dépressif moyen en février 2010, alors qu'il a qualifié l'atteinte psychique de trouble dépressif récurrent moyen et de trouble anxieux en décembre 2010, ce qui justifie déjà qu'on s'écarte des constatations de ce médecin. En tout état de cause, de tels troubles n'ont pas été retenus par la Dresse C_____, qui a exposé les observations cliniques et les arguments médicaux qui lui permettaient d'écarter ce diagnostic. En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail par le Dr S_____, la formulation des rapports du psychiatre traitant laisse à penser qu'elle se fonde avant tout sur les plaintes subjectives de l'assurée, puisqu'il y indique que celle-ci ne se "sent" pas apte à reprendre l'activité exercée précédemment. Il y a en outre lieu de souligner que les indications du Dr S_____ sont contradictoires. Il a en effet relevé en février 2010 que le traitement médicamenteux avait amélioré les troubles du sommeil, alors qu'il rapporte que l'assurée se plaint de tels troubles en décembre 2010. De plus, il fait état en décembre 2010 d'un pronostic incertain en raison de l'inefficacité du traitement anti-dépresseur, tout en indiquant une possible reprise de l'activité professionnelle dès avril ou mai grâce à l'amélioration amenée par les mesures médicales. S'agissant du Dr R_____, il ne fait pas état d'atteintes dont les experts auraient omis de tenir compte dans leur appréciation de la capacité de travail de l'assurée, si bien que ses rapports ne permettent pas de remettre en cause leurs conclusions. La même remarque vaut pour les constatations des Drs U_____ et Q_____. Le Dr U_____ ne se prononce au demeurant pas sur la capacité de travail de l'assurée, tandis que le Dr Q_____ est pour le moins imprécis à cet égard, puisqu'il indique qu'elle est nulle "suivant les époques". Enfin, si le rapport des neuropsychologues a relaté un déficit isolé de la mémoire épisodique, cet élément n'a pas été constaté par les médecins chargés de l'expertise, qui ont noté lors de l'anamnèse que l'assurée n'avait aucune difficulté mnésique. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des Drs B_____ et C_____, aux termes desquelles l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de secrétaire. Elle ne peut partant pas prétendre à des mesures de réadaptation ou à une rente de l'assurance-invalidité. Il convient encore de souligner, comme le relèvent les experts, que cette activité est adaptée aux limitations fonctionnelles qu'ils retiennent et correspond également à celles qui ont été établies par le Dr U_____. Si les Drs R_____, S_____, T_____ et Q_____ retiennent tous des limitations fonctionnelles beaucoup plus importantes, force est de constater que ces médecins ne motivent guère ces restrictions, qui divergent d'ailleurs d'un médecin à l'autre, et dont l'ampleur surprend au vu des diagnostics somatiques établis. L'assurée exige une nouvelle expertise. Si en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu, un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a), l'autorité peut cependant mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d). En l'espèce, l'assurée ne motive aucunement sa

demande. Elle ne formule en particulier aucun grief concret à l'égard des experts ou de critique sur le déroulement de l'expertise, qui permettrait de remettre en cause la justesse de leurs conclusions ou d'admettre qu'ils n'ont pas exécuté leur mandat dans les règles de l'art. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à sa requête. Conformément à ce qui précède, le recours doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'assurée supportera l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'assurée. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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