

GE_GERICHTE A/3328/2009 vom 27. März 2012

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3328_2009

FR: GE_GERICHTE A/3328/2009 du 27 mars 2012

IT: GE_GERICHTE A/3328/2009 del 27 marzo 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.03.2012
A/3328/2009

A/3328/2009 ATAS/443/2012 du 27.03.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3328/2009
ATAS/443/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 27 mars
2012 1 ère Chambre En la cause Madame D _____, domiciliée à Genève recourante
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue
de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame D _____ (ci-après : l'assurée ou la
recourante), née en 1953, a travaillé dès le 10 août 1987 pour X _____ en tant que
monteuse TV à un taux d'occupation variable, puis à 100% dès le 1 er avril 1998. En date
du 3 janvier 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal
de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le 29 décembre 2004, alors qu'elle
circulait à 60 km/heure au volant de sa voiture, elle a été heurtée frontalement par un
véhicule roulant en sens inverse. Le même jour, elle a été transportée aux urgences des
Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Un scanner a mis en évidence une
discopathie C5-C6 déjà connue. Dans un rapport du 27 janvier 2005, le Dr L _____,
médecin au département de chirurgie des HUG, a posé un diagnostic provisoire de
contusions aux thorax, lombe et bassin, épaule droite, cheville droite et genou gauche. Une
incapacité de travail entière a été admise dès la date de l'accident. Dans un rapport du 3
mars 2005, le Dr M _____, rhumatologue FMH, a diagnostiqué avec répercussion sur
la capacité de travail, des cervico-brachialgies chroniques droites existant depuis 1995 et,
sans répercussion sur la capacité de travail, un tunnel carpien bilatéral modéré présent
depuis 2003. Il a précisé que l'assurée avait fait une chute en 1995 avec mécanisme du coup
du lapin. Depuis lors, elle souffrait de cervicobrachialgies chroniques droites. Une IRM
cervicale effectuée en 2000 avait révélé une discopathie C5-C6 avec protrusion entrant en
conflit avec le fourreau dural ainsi qu'une protrusion C6-C7 sans conflit. Une
électromyographie pratiquée en novembre 2003 avait mis en évidence un petit tunnel
carpien des deux côtés. L'assurée avait présenté une lente amélioration des
cervicobrachialgies sous traitement conservateur. À la suite de l'accident de voiture du 29
décembre 2004, les cervicalgies s'étaient péjorées brutalement pour atteindre le même état
qu'en janvier 2004 et des dorso-lombalgies étaient apparues. Dans un rapport du 12 mai
2005, l'inspecteur des sinistres de son assurance-accidents a constaté que l'assurée souffrait
de problèmes lombaires et cervicaux importants bien avant l'accident, d'une hernie C5-C6
entraînant des douleurs au niveau du membre supérieur droit, de l'épaule et jusqu'au bout
des doigts avec difficulté de préhension ainsi que d'une sensibilité de la colonne lombaire.
Un arrêt de travail avait débuté à la fin de l'année 2000. Au vu de cette situation, son
employeur lui avait proposé une reconversion professionnelle en qualité d'assistante de
production sous forme de stage à 70% durant les six premiers mois, puis à 50% dès la

mi-2003. Il était prévu de mettre un terme à cette reconversion à fin 2004 et de la réintégrer dans le département « production » en tant que monteuse en adaptant son poste à son état de santé. Dans un rapport du 21 mai 2005, le Dr M_____ a fait état d'une amélioration de la sciatique, mais de l'apparition d'une limitation fonctionnelle douloureuse du poignet droit. Dans un rapport d'expertise du 11 octobre 2005, le Dr N_____, rhumatologue FMH, a indiqué que, le 27 septembre 2002, la Dresse O_____, rhumatologue FMH, elle-même experte pour le compte de l'assurance-invalidité, avait conclu à une capacité de travail de 80% à 90% dans une activité adaptée telle qu'assistante de réalisation et de 75% dans son activité de monteuse depuis le 23 juillet 2001. Le Dr N_____ a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique, des rachialgies diffuses sur troubles statiques et spondylose, une probable lésion du ligament triangulaire du carpe droit, une tendinopathie rotulienne du genou droit, une compression du nerf médian au carpe droit sans répercussion clinique et un discret excès pondéral. Il a relevé que la situation n'était pas stabilisée. L'influence de l'état préalable pouvait être reconnue dans une mesure non négligeable à la fois sur les plans psychologique et physique. Toutefois, les douleurs du rachis bas ainsi que les plaintes neuropsychologiques entrant dans le cadre du syndrome de stress post-traumatique n'étaient décrites que depuis l'accident. À son avis, il n'y avait pas de raison de reconnaître une incapacité de travail sur le plan somatique et les conclusions figurant dans l'expertise de la Dresse O_____ pouvaient être maintenues. Le principal obstacle à la reprise d'une activité professionnelle était lié au syndrome de stress post-traumatique et son importance devait faire l'objet d'une évaluation spécialisée. Dans un rapport du 24 octobre 2005, le Dr P_____, chirurgien de la main FMH, a diagnostiqué un status après déchirure du complexe fibro-cartilagineux triangulaire du carpe (TFCC) au poignet droit. Il a proposé une révision chirurgicale. Dans un rapport d'expertise du 15 décembre 2005, le Dr P_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué selon l'ICD-10, un état de stress post-traumatique (F 43.1), un trouble somatoforme sans précision (F. 45.9) et des modifications gênantes de la personnalité, non classables (F 61.1). Il a indiqué que l'assurée présentait de longue date une symptomatologie caractérisée essentiellement par des douleurs sous forme de cervicobrachialgies à droite. Elle avait entrepris une psychanalyse dès 1984 pour une durée de sept ans qui n'était pas en lien, ni motivée par le syndrome douloureux, destinée à l'aider à cicatriser les blessures de son enfance. Dès juin 2004, elle avait commencé une psychothérapie cognitivo-comportementale chez le Dr Q_____, toujours en cours, et présentait à l'époque, un état dépressif modéré. D'après le psychiatre traitant, l'assurée fonctionnait sur un mode opératoire avec une faible capacité d'expression et d'identification des émotions ainsi que d'importantes failles narcissiques qui n'avaient pas été complètement corrigées par la longue psychanalyse. Avant la survenue de l'accident, le trouble de l'humeur s'était nettement amélioré, mais pas le syndrome douloureux. Suite à l'accident, un diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été posé avec la mise en route tardive d'un traitement spécifique. Il y avait une amélioration lente et incomplète due, à son avis, au mode de pensée opératoire, qui avait tendance à refouler les émotions et donc perturbait le processing du trauma. Le statu quo sine était actuellement quasiment atteint puisque la symptomatologie résiduelle n'aurait plus l'intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail totale d'ici deux à trois mois. S'agissant du tableau psychosomatique avec cervicobrachialgies, rachialgies et douleurs au poignet, la situation n'était pas stabilisée et il était quasi impossible de faire la distinction entre origine organique et participation psychique. Toutefois, la participation de l'accident à la péjoration du trouble somatoforme

préexistant était mineure. Les faits laissaient suspecter avec forte probabilité un processus d'invalidation existant déjà depuis 2001. Dans un rapport complémentaire du 18 avril 2006 faisant suite à un nouvel examen en date du 27 mars 2006, le Dr P_____ a relevé que l'état de santé de l'assurée n'avait que peu ou pas évolué, depuis le dernier examen. Toutefois, il pouvait être considéré comme stabilisé s'agissant de l'état de stress post-traumatique, mais il ne l'était pas concernant le reste de la problématique. L'état de stress post-traumatique ne justifiait plus d'incapacité de travail tant dans la profession de monteuse que dans celle d'assistante de réalisation, mais il était souhaitable que la reprise fût programmée de manière progressive, à savoir deux mois à 50%, puis reprise complète. Dans un rapport du 13 juin 2006, le Dr M_____ a précisé que sa patiente se plaignait d'une épitrochléite bilatérale avec prédominance droite, de cervicalgies chroniques et de lombalgies à l'effort. Elle décrivait une nette péjoration des cervico-brachialgies et l'apparition de nouveaux problèmes ostéoarticulaires qu'elle ne présentait pas avant l'accident. N'étant pas médecin du travail, il n'avait pas les qualifications requises pour rentrer dans les détails d'un arrêt de travail en qualité de monteuse ou en qualité d'assistante de réalisation. Dans un rapport complémentaire du 7 juillet 2006, le Dr M_____ a retenu que le port répété de charges de plus de cinq kilos était contre-indiqué en raison des cervicalgies et des lombalgies chroniques, de même que les mouvements de flexions antérieures du torse et la station assise prolongée de plus d'une heure. Le périmètre de marche n'était pas limité. En outre, la patiente présentait une perturbation de l'état psychologique et une faculté de concentration diminuée en raison des douleurs chroniques qu'il n'était pas possible de mesurer. Dans son rapport du 14 juillet 2006, la Dresse R_____, psychiatre FMH et médecin du service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a relevé que, du point de vue des éléments évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique, l'accident n'avait pas laissé à l'assurée l'impression d'une confrontation à sa propre mort. Il n'y avait pas de reviviscence répétée des événements, pas de souvenirs envahissants, pas de cauchemars systématiques. L'assurée avait pu repasser sans émotion sur les lieux de l'accident. Il n'y avait pas d'anesthésie psychique. La Dresse R_____ a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une réaction à un facteur de stress important avec modification de la personnalité (F. 43.8/F 62.9) et, sans répercussion sur la capacité de travail, des douleurs chroniques (F 45.9). Elle a conclu, du point de vue strictement psychiatrique, à une incapacité totale de travail dès l'accident et jusqu'au mois d'août 2006. Elle a précisé que, durant cette période d'incapacité, l'assurée avait fait l'objet d'un effondrement de ses ressources personnelles dont une reconstruction psychique était en cours par l'intermédiaire de son suivi psychiatrique. Dès août 2006, cette reconstruction serait terminée et l'assurée n'aurait plus de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, de sorte qu'une capacité de travail était exigible à 100% dès août 2006 dans l'activité habituelle de monteuse de films. Dans un rapport du 20 septembre 2006, le Dr P_____ a précisé qu'il n'avait pas prescrit d'arrêt de travail pour le problème spécifique du poignet droit. Dans un rapport complémentaire du 29 décembre 2006, il a conclu qu'il ne pouvait pas préciser un taux d'incapacité de travail comme monteuse en l'état actuel, mais après une intervention chirurgicale, elle serait de l'ordre de trois mois environ à 100%. Si l'activité d'assistante de réalisation ne sollicitait pas les mains et poignets en force ou de manière répétitive (même légère), elle pouvait être exercée à 100%. Dans un rapport du 20 février 2007, le Dr S_____, chef de la polyclinique ophtalmologique des HUG, a diagnostiqué une décompensation post-traumatique d'une exophorie de près dans un contexte médicamenteux d'antalgiques. Il a précisé que cette affection existait probablement

auparavant, mais était asymptomatique et qu'il n'avait pas fait d'arrêt de travail à l'assurée. La durée probable du traitement était à vie. La patiente avait consulté six mois après l'accident car elle n'avait pas fait elle-même le lien entre la gêne oculaire et ce dernier. Elle ne s'était rendue compte d'une telle gêne que lorsqu'elle avait essayé d'entreprendre à nouveau des activités de près. Dans un rapport du 27 février 2007, le Dr M_____ a indiqué que les plaintes actuelles consistaient en des douleurs du poignet droit, épicondylite gauche, cervicalgies chroniques, névralgies faciales, céphalées et lombalgies. Il a précisé qu'une consultation chez le Dr T_____, médecin adjoint de l'unité de chirurgie de la main des HUG, avait conclu à une atteinte probable du ligament triangulaire du carpe et à un status compatible avec une entorse radio-ulnaire distale et luno-triquetrale. Une arthroscopie devait être pratiquée en mars 2007 aux HUG. La patiente travaillait actuellement à 30%. Si un poste adapté à son problème pouvait être trouvé, il était probable que sa capacité de travail augmenterait. Il était préférable que la patiente ne travaillât pas constamment sur un ordinateur et qu'elle puisse modifier sa position de travail de manière fréquente. Selon un rapport opératoire du 7 mars 2007, le Dr T_____ a diagnostiqué une entorse de l'articulation radio-ulnaire distale droite. Il a pratiqué une arthroscopie du poignet droit lors de laquelle il a mis en évidence une déchirure partielle du ligament triangulaire avec une synovite de type chronique et une discrète laxité scapho-lunaire et luno-triquetrale. Il a procédé à un débridement du ligament triangulaire et de la paroi postérieure. Dans un rapport d'expertise du 30 décembre 2007, le Dr U_____, rhumatologue FMH, a indiqué que l'assurée avait repris le travail à 30% dans un poste de saisie de listes d'inventaire TV du 26 septembre 2006 au 6 mars 2007 et qu'elle avait de nouveau été en incapacité de travail à 100% à la suite de l'arthroscopie, puis qu'elle avait repris le travail au même poste à 30% dès le 23 août 2007. Il a observé qu'il n'y avait guère de modifications des plaintes depuis l'expertise du Dr N_____, si ce n'était que la rupture du ligament triangulaire du poignet droit avait pu être confirmée depuis lors et qu'un bilan ophtalmologique avait révélé une exophorie qui n'était pas connue à l'époque. Il a diagnostiqué une déchirure du ligament triangulaire du poignet droit avec status après traitement par voie arthroscopique le 7 mars 2007, un discret syndrome du canal carpien bilatéral diagnostiqué depuis 2001 à droite et 2006 à gauche, des douleurs des insertions tendineuses des muscles épicondyliens et épitrochléens avec signes d'épicondylite du coude gauche, une tendinobursite trochantérienne droite, des rachialgies diffuses prédominant au segment cervical sans syndromes vertébral ni radiculaire dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs, une exophorie, des troubles psychiatriques connus. L'état de santé de l'assurée lui paraissait stabilisé depuis septembre 2007 sous réserve de ce que pourrait encore proposer le Dr T_____ SANTA pour le poignet droit. Les lésions ligamentaires du poignet droit semblaient être causées par l'accident de façon certaine, même si les plaintes de douleurs au poignet droit n'étaient apparues qu'au printemps 2005. Il était très probable que des facteurs psychologiques contribuaient fortement à la persistance et à l'intensité de ses douleurs (troubles somatoformes, état de stress post-traumatique). En ne tenant compte que des troubles somatiques, il n'y avait pas de justification à une incapacité de travail en tant qu'assistante de réalisation chez X_____. Les seules limitations comprenaient les travaux nécessitant une utilisation répétitive du poignet droit et le port de charges de plus de cinq kilos à ce niveau. L'activité de monteuse pouvait être rendue plus difficile par un travail prolongé avec le poignet droit sur un clavier d'ordinateur. Ceci pouvait induire une baisse de rendement. Malgré tout, une incapacité de travail ne paraissait pas justifiée par les troubles somatiques. Dans une activité respectant les limitations

énoncées, la capacité de travail résiduelle était complète. Dans un rapport du 11 janvier 2008, X_____ - a fixé le salaire de la recourante à 97'063 fr. 85 dans l'activité de monteuse à 100%. Puis, dans un e-mail du 22 janvier 2008, elle a précisé que le contrat de l'assurée n'avait pas été modifié depuis le 1 er avril 1998. Dans un rapport du 21 avril 2008, le Dr T_____ a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral, une entorse de l'articulation radio-ulnaire distale droite et des cervicalgies. Il a mentionné un état stationnaire et a précisé que le traitement actuel consistait en ménagement dans le cadre des activités manuelles. Dans un projet d'acceptation de rente du 25 août 2008, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente dès le 1 er février 2005, puis une rente entière dès le 1 er mai 2005 jusqu'au 30 novembre 2007. Il a supprimé la rente dès le 1 er décembre 2007 au motif que, dès septembre 2007, l'assurée avait recouvré une capacité de gain d'au moins 70% qui lui permettait d'exclure le droit à la rente. Par décision du 27 janvier 2009, en s'appuyant sur les rapports d'expertise des Drs P_____ et U_____, l'assurance-accidents a considéré que le statu quo sine était atteint depuis le 27 mars 2006 s'agissant de la causalité entre les troubles psychiques et l'accident, alors que, sur le plan physique, il n'existait un rapport de causalité qu'avec les lésions ligamentaires du poignet droit. Étant donné que, selon le Dr U_____, l'état de santé de l'assurée lui paraissait stabilisé et que, selon le rapport du Dr T_____ du 21 avril 2008, l'état de santé était stationnaire alors que l'OAI n'allait pas procéder à des mesures de réadaptation professionnelle, l'assurance-accidents a retenu que les conditions étaient remplies pour déterminer le droit à une rente d'invalidité dès le 1 er novembre 2008. En tenant compte d'un revenu sans invalidité de 97'091 fr. 80 et d'un revenu d'invalidité de 51'031 fr. 35 établi sur la base des salaires statistiques sans tenir compte d'un abattement, l'assurance-accidents a fixé le taux d'invalidité à 47%. Eu égard au gain assuré de 47'198 fr. et au taux d'indemnisation de 80%, elle a accordé à l'assurée une rente mensuelle de 1'479 fr. plus allocation de renchérissement. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle a retenu un taux de 5%. Par acte du 24 août 2009, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition de son assurance-accidents auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS). Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 70%, sous suite de dépens. Elle a contesté les conclusions de l'expertise du Dr U_____ en tant qu'elle niait tout lien de causalité entre les cervicalgies et l'accident. Elle a allégué que, bien que ses troubles étaient préexistants, ils avaient été aggravés de manière significative par le traumatisme. S'agissant des critères permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, elle a considéré l'accident subi comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Le traitement avait été anormalement long puisqu'elle avait subi une intervention au poignet 15 mois après l'accident. De plus, des douleurs physiques persistaient au niveau du genou, de la cheville, du poignet de sorte que ses problèmes psychiques pouvaient être considérés comme étant en rapport de causalité adéquate avec l'accident. Elle a allégué que ses problèmes de santé antérieurs n'avaient aucune incidence sur sa capacité de gain. Par décision du 5 août 2009, l'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assurée était restreinte depuis le 23 juillet 2001 mais qu'elle avait néanmoins pu reprendre une activité adaptée à son état de santé comme assistante de réalisation à 70%. En décembre 2004, son état de santé s'était aggravé, suite à l'accident dont elle avait été victime, pour finalement se stabiliser en septembre 2007. Depuis cette période, elle était jugée à même de reprendre son activité antérieure au même taux que celui exercé jusqu'à la survenance de l'accident. S'agissant des troubles psychiatriques, les praticiens avaient conclu qu'il y avait une amélioration progressive et qu'une capacité de travail entière était

raisonnablement exigible à partir du mois d'août 2006. De même, le Dr P_____, dans son rapport du 18 avril 2006, avait indiqué qu'une reprise de travail dans le dernier poste occupé était souhaitable à 50% pour commencer, puis à temps complet après deux mois. L'OAI a dès lors confirmé le droit de l'assurée à un quart de rente à partir du 1^{er} février 2005 et à une rente entière dès le 1^{er} mai 2005. Dès le 1^{er} décembre 2007, la rente était supprimée. Le 14 septembre 2009, l'assurée a interjeté recours devant le TCAS, concluant à l'annulation de la décision de l'OAI du 5 août 2009 et à la suspension de l'instance jusqu'à droit connu dans la cause l'opposant à son assureur-accidents, relative à son taux d'incapacité de gain. Elle a allégué que son état de santé ne s'était pas amélioré en septembre 2007. Au contraire, ledit état n'avait pas cessé de se détériorer depuis son accident de décembre 2004. Pour preuve, avant cet événement accidentel, elle ne se plaignait que de cervico-brachialgies, alors qu'elle était désormais en arrêt de travail à 100% depuis le 12 août 2009, en raison des affections consécutives à l'accident. Il fallait dès lors retenir que sa capacité de travail atteignait tout au plus 30%. Son employeur l'aurait d'ailleurs engagée à un taux d'activité supérieur, si elle en avait été capable. Malgré l'opposition de l'OAI, le TCAS, par arrêt incident du 20 octobre 2009 (ATAS/1281/2009), a suspendu l'instance jusqu'à droit connu en matière d'assurance-accidents, considérant que la procédure pendante en LAA avait également pour objet de déterminer les capacités de travail et de gain de la recourante, sur la base de rapports et expertises médicaux. Par arrêt du 16 février 2010 (ATAS/147/2010), le TCAS a rejeté le recours en matière d'assurance-accidents, considérant que les expertises des Drs P_____ et U_____ avaient pleine valeur probante. Il a jugé que l'état de santé de l'assurée s'était stabilisé, que le statu quo sine était atteint au plus tard depuis septembre 2007 et qu'elle possédait une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. En exerçant une activité de saisie de listes d'inventaire TV à 30% depuis le 26 septembre 2006, l'assurée ne mettait pas en pratique sa capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le 7 janvier 2011, le Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt du TCAS, estimant que les affections de nature somatique découlant de l'accident n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, que l'assurée ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain et qu'il n'était pas nécessaire de compléter l'instruction sur le plan médical (8C_264/2010). Le droit étant connu en matière d'assurance-accidents, la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans), anciennement le TCAS, a repris l'instruction de la présente cause le 25 janvier 2011. Dans sa détermination du 21 février 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant que, d'un point de vue psychiatrique, la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dès août 2006 et que, sur le plan somatique, sa situation médicale était stabilisée depuis septembre 2007 au plus tard. Elle présentait dès lors une capacité de travail entière dès le 1^{er} septembre 2007 dans l'activité d'assistante de réalisation chez X_____ ou dans toute autre activité adaptée. L'argument de la recourante consistant à dire qu'elle n'avait pas conclu de contrat de travail à un taux supérieur à 30% en raison de ses importantes limitations fonctionnelles ne prouvait pas qu'elle était incapable de travailler à un pourcentage plus important. Dans son arrêt du 7 janvier 2011, le Tribunal fédéral avait d'ailleurs estimé qu'en ne travaillant qu'à 30%, la recourante ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain. S'agissant de sa demande de complément d'instruction, plusieurs expertises psychiatriques et somatiques dont la valeur probante avait été reconnue avaient déjà été mises en œuvre. Dans sa réplique du 29 mars 2011, la recourante a estimé que la décision du Tribunal fédéral ne pouvait pas être transposée telle quelle dans la présente procédure et que son taux d'activité à 30% se

basait sur une décision rendue par la caisse de pension de son employeur, laquelle avait retenu une invalidité professionnelle de 70%. Elle estimait que la réalité de son état de santé avait toujours été totalement négligée par les médecins qui l'avaient auscultée, de sorte qu'il se justifiait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire en orthopédie et psychothérapie et d'entendre ses médecins traitants. Le 5 juillet 2011, la Cour de céans a convoqué une audience au cours de laquelle le Dr Q _____ a déclaré que la recourante était venue le consulter en juin 2004 pour l'aider à gérer ses douleurs dues aux brachialgies. Il l'avait ensuite suivie depuis l'accident jusqu'en octobre 2006. Cet accident avait intensifié son état dépressif, qui était passé de moyen à sévère. Il y avait également un état de stress post traumatique. Avec la prise d'antidépresseurs, l'évolution avait été positive en ce sens que l'état dépressif était devenu léger et que l'état de stress post traumatique avait diminué. Ces affections avaient néanmoins réapparu au premier plan, de sorte qu'il la revoyait depuis janvier 2010 environ une fois tous les quinze jours. Malgré une aggravation de son état de santé, les chances de rémission étaient jugées bonnes, et, sur le plan strictement psychiatrique, sa capacité de travail était évaluée à 80% depuis le début de l'année 2011. Il ne pouvait pas se prononcer sur la période entre janvier 2006 et janvier 2010, étant donné qu'il n'avait pas vu la recourante. De janvier 2010 à janvier 2011, la capacité de travail était de 50% environ. Le Dr M _____, entendu le même jour, a affirmé qu'il était d'accord avec les diagnostics retenus par le Dr U _____ le 30 décembre 2007. Il ajoutait avoir constaté des vertiges, des nausées, un gros syndrome cervical, des lombo-sciatalgies droites et des douleurs aux genoux. Les douleurs dont souffrait la recourante n'étaient pas jugées somatoformes, ni exagérées. Il relevait que l'expert avait considéré que la situation s'était stabilisée depuis septembre 2007, soit six mois après l'arthroscopie du poignet droit. À son avis, la situation s'était stabilisée dans le mauvais sens puisqu'il avait dû procéder à des infiltrations du poignet en janvier 2010. Il notait encore que, dans son analyse, l'expert ne se préoccupait que de l'atteinte au poignet, alors qu'elle souffrait aussi de l'épaule et qu'elle bénéficiait toujours d'un traitement conservateur (médicaments, physiothérapie et infiltrations). Le Dr M _____ confirmait enfin que sa patiente pouvait travailler à 30% depuis le 25 septembre 2006 et qu'elle pouvait actuellement reprendre le travail à 50% dans une activité adaptée, non statique, ou l'alternance des positions était possible et sans port de charges. La recourante a quant à elle déclaré qu'elle travaillait à 30% depuis septembre 2006, mais ni comme monteuse, ni comme assistante de réalisation. Son activité ressemblait plus à du travail administratif; elle s'occupait par exemple de l'inventaire du matériel de production, de la mise en page de fascicules à l'attention de monteurs venant de l'extérieur, etc. Son activité lui permettait d'alterner les positions, lorsqu'elle en éprouvait le besoin. Elle privilégiait l'utilisation de sa main gauche pour ne pas trop charger la main droite. À cause de ses limitations fonctionnelles, elle rencontrait également des problèmes dans sa vie quotidienne, de sorte qu'elle ne voyait pas comment elle pourrait augmenter son temps de travail. Dans un avis du 3 août 2011, le SMR a estimé que le Dr M _____ n'expliquait pas en quoi la recourante présentait une atteinte à la santé d'une gravité et d'une durée suffisantes pour entraîner une incapacité de travail de 50%, de sorte que son appréciation ne permettait pas de jeter le doute sur les expertises réalisées en amont. Quant au Dr Q _____, il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité résiduelle de travail entre janvier 2006 et janvier 2010. Il retenait par contre une incapacité de 50% de janvier 2010 à janvier 2011, puis une incapacité de 20% dès janvier 2011. Ses observations étaient postérieures à la décision du 18 août 2009. Elle n'entraient donc pas en considération et devaient faire l'objet d'une instruction ultérieure, afin de déterminer si la recourante avait

présenté une aggravation objective de son état de santé de janvier 2010 à janvier 2011. S'agissant enfin de la demande de réaliser une nouvelle expertise pluridisciplinaire, elle n'avait pas de sens puisque l'avis du Dr Q _____ était superposable à ceux des experts et celui du Dr M _____ ne s'éloignait de celui du Dr U _____ que dans la mesure où il avait pris en compte des éléments subjectifs dans l'appréciation de la capacité de travail. Dans sa duplique du 18 août 2011, l'intimé a suivi le SMR et maintenu sa position. Il a posé que l'aggravation de l'état de santé de la recourante entre le 1^{er} janvier 2010 et le 1^{er} janvier 2011, annoncée par le Dr Q _____ lors de l'audience du 5 juillet 2011, était largement postérieure à la décision litigieuse du 5 août 2009, de sorte qu'elle ne pouvait pas être retenue et devrait, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande. Le Dr Q _____ rejoignait par ailleurs les experts psychiatres, en indiquant que les atteintes psychiatriques s'étaient améliorées durant l'année 2006. Sur le plan physique, le Dr M _____ était d'accord avec les diagnostics posés par l'expert. La seule divergence des conclusions quant à la capacité résiduelle de travail résultait de la prise en compte d'aspects subjectifs - douleurs - et non d'éléments objectifs liés aux limitations fonctionnelles. Le 31 octobre 2011, la recourante, sans le concours de son mandataire, a expliqué qu'elle n'avait jamais interrompu son traitement psychothérapeutique depuis son accident, mais, qu'en 2006, elle avait fait le choix de s'adresser aux Drs V _____ et W _____ pour soigner son stress post-traumatique par des séances d'hypnose. Elle n'avait jamais retrouvé le cours de sa vie d'avant. Au contraire, son état de santé s'était aggravé, ce que n'avait pas manqué de confirmer le Dr M _____ lors de son audition. S'il était d'accord avec les conclusions du Dr U _____, il fallait néanmoins admettre qu'il avait posé des diagnostics différents pour les mêmes symptômes et retenu des limitations fonctionnelles plus importantes. Elle soulevait également que l'intimé ne tenait pas compte du fait qu'elle était au bénéfice d'une rente professionnelle LPP à 70% en relation avec lesdites limitations. L'intimé avait pris sa décision sur les seules expertises des Drs U _____ et P _____. S'agissant en particulier de l'analyse du Dr P _____, elle n'était documentée par aucun certificat ou rapport médical. L'expert s'était basé sur une note interne de l'inspecteur de son assurance-accidents datée du 12 mai 2005. Or, ladite note contenait des informations médicales infondées et mensongères, concernant notamment sa vie professionnelle et son vécu. Pour preuve, le Dr P _____, sur la base de cette note, indiquait dans son expertise que le Dr M _____ la suivait pour ses différents problèmes ostéo-articulaires depuis plusieurs années, alors qu'elle n'avait été adressée à ce praticien que six mois avant son accident. S'agissant du diagnostic de douleurs somatoformes F.45.9 préexistantes, il ne reposait sur aucun certificat médical. Seule une comorbidité avait précédemment été retenue. Par ailleurs, les entretiens téléphoniques auxquels se référerait l'expert n'avaient pas été consignés par écrit, de sorte qu'ils ne pouvaient pas être pris en compte. L'expertise du Dr U _____ négligeait quant à elle des documents majeurs tels que le rapport radiologique de sa colonne dorso-lombaire et de nombreux certificats de ses médecins traitants et en particulier du Dr Q _____. La motivation des diagnostics retenus par le Dr U _____ était sommaire et se basait sur un dossier médical incomplet. Il se justifiait dès lors d'annuler la décision litigieuse et de mettre en place une expertise pluridisciplinaire pour évaluer son degré d'invalidité. La recourante a produit diverses nouvelles pièces médicales allant de 2000 à 2011. Dans un avis du 24 janvier 2012, le SMR a analysé les différents documents produits par la recourante. Aucun rapport antérieur à la décision litigieuse ne mettait en évidence une aggravation de l'état de santé. L'arthro-IRM ne changeait rien non plus aux limitations fonctionnelles et ne démontrait pas de péjoration

de l'état de santé susceptible de modifier les conclusions des experts quant à la capacité de travail de la recourante. Le 30 janvier 2012, l'intimé a considéré que les documents médicaux produits par la recourante ne démontraient pas que son état de santé s'était aggravé, de sorte que les conclusions du SMR restaient valables. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). En l'occurrence, il se justifie de prendre en considération les faits tels qu'ils prévalaient jusqu'au 5 août 2009, cette date coïncidant avec celle de la décision litigieuse. Tout élément postérieur, susceptible de modifier la situation de la recourante d'un

point de vue de son droit aux prestations devra faire l'objet d'une demande de révision. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2007. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; ATFA non publié I 520/05 du 28 décembre 2006, consid. 3.2). 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 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1,

in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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). En l'espèce, dans un premier grief, la recourante conteste la valeur probante des expertises des Drs U_____ et P_____ sur lesquelles l'intimé s'est basé pour rendre la décision litigieuse. Elle demande qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre pour établir la réalité de son état de santé. La Cour de céans relèvera à cet égard que le TCAS, dans son arrêt du 16 février 2010 (ATAS/147/2010), a reconnu pleine valeur probante à ces expertises qu'il a jugées complètes, cohérentes et motivées. Par arrêt du 7 janvier 2011 (8C_264/2010), le Tribunal fédéral a confirmé cette appréciation, estimant que les affections de nature somatique découlant de l'accident n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée et qu'il n'était pas nécessaire de compléter l'instruction sur le plan médical. Il apparaît en effet qu'en sus des expertises auxquelles la recourante s'est soumise, de nombreux autres examens médicaux ont été pratiqués. Lesdits examens ne remettent d'ailleurs pas en cause les conclusions des experts. En effet, bon nombre des praticiens appelés à se déterminer ont conclu qu'au plus tard dès septembre 2007, la recourante a recouvré pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le grief de la recourante apparaît dès lors mal fondé, la valeur probante des expertises ne pouvant pas être critiquée. La recourante fait ensuite état de nombreuses nouvelles pièces médicales qu'elle estime susceptibles de modifier l'appréciation quant à sa capacité de travail. En particulier, elle se prévaut des certificats des Drs W_____, A_____, C_____, E_____, F_____ et G_____. Ces différents praticiens ont attesté avoir suivi la recourante avant et après son accident. Néanmoins, à la lecture de leurs rapports et certificats, il apparaît qu'ils ont surtout relaté les plaintes de leur patiente, sans réellement expliquer en quoi les affections dont elle souffre ne lui permettraient pas de mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions ne sont pas suffisamment étayées et convaincantes pour être suivies sans autre forme de procès. A contrario, les experts ont justifié et développé leurs appréciations médicales; ils ont su, en tenant compte des plaintes de l'expertisée, les relativiser et en tirer des conclusions objectives, en adéquation avec les limitations fonctionnelles existantes. Les différentes pièces versées au dossier par la recourante ne permettent donc pas de revenir sur les conclusions des experts. Dans un troisième grief, la recourante se prévaut des déclarations de ses médecins traitants. Elle allègue que les Drs Q_____ et M_____ ont attesté que son état de santé ne s'était jamais amélioré. C'était dès lors à tort que l'intimé avait retenu qu'elle avait recouvré une capacité de gain d'au moins 70% dès

septembre 2007. La Cour de céans remarque que d'un point de vue psychiatrique, le Dr Q_____ a effectivement déclaré que l'état de santé de sa patiente avait connu une aggravation, de sorte qu'il la revoyait depuis janvier 2010. Il a néanmoins été dans l'impossibilité de fixer le début et l'intensité de cette péjoration avant janvier 2010, précisant qu'il n'avait pas revu la recourante entre 2006 et 2010. Il est dès lors impossible de déterminer si l'aggravation alléguée est intervenue avant la prise de décision litigieuse. L'attestation du Dr W_____ - psychiatre chez lequel la recourante s'est rendue pour des séances d'hypnose en 2006 et en 2008 - ne permettent pas de conclure à une aggravation de son état de santé psychique dès cette période. Il apparaît dès lors hautement vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que ladite aggravation est apparue après le 5 août 2009 - date de la décision litigieuse -, aucun médecin n'ayant fait état, avant janvier 2010, d'une quelconque péjoration de son état de santé. S'agissant des affections physiques, le Dr M_____ a déclaré qu'il était d'accord avec les diagnostics de l'expert et qu'il avait également noté une stabilisation de l'état de santé de sa patiente mais dans le mauvais sens. Selon le praticien, la recourante ne pouvait pas, en 2006, reprendre une activité à plus de 30%, en raison des nombreuses limitations fonctionnelles qu'elle présentait. À l'heure actuelle, sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était estimée à 50%. De l'avis de la Cour cependant, le Dr M_____ n'explique pas de manière objective en quoi les limitations fonctionnelles que présentait la recourante l'empêchaient, dès septembre 2007, de reprendre une activité à 70% au moins. Il évoque avant tout des éléments subjectifs, liés aux plaintes exprimées par la recourante, de sorte que ses conclusions ne sauraient décrédibiliser l'expertise du Dr U_____. Dans un dernier grief, la recourante considère que le fait qu'elle ne travaille qu'à 30% et que la caisse de pension de son employeur lui ait reconnu une invalidité professionnelle de 70% est un indice suffisant pour démontrer qu'il ne peut pas être exigé d'elle qu'elle travaille davantage. La Cour de céans, de même que le Tribunal fédéral se sont déjà penchés sur cette question. Il ressort en effet de leurs arrêts précédents que la recourante, en exerçant une activité de saisie de liste d'inventaire TV à 30% depuis le 26 septembre 2006, ne met pas en pratique sa capacité de travail entière dans une activité adaptée. En définitive, le droit de la recourante à une rente d'invalidité ne peut être octroyé au-delà du 30 novembre 2007, cette dernière ayant recouvré une capacité de travail de l'ordre d'au moins 70% en septembre 2007 au plus tard. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision querellée confirmée. Si la recourante estime que l'aggravation de son état de santé dès janvier 2010 - soit postérieurement à la décision litigieuse - peut justifier l'octroi d'une rente, il lui est loisible de formuler une demande de révision en ce sens auprès de l'OAI. Dans la mesure où le recours est rejeté, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Confirme la décision de l'OAI du 5 août 2009. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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.