

# **GE\_GERICHTE ATAS/1259/2009 vom 13. Oktober 2009**

GE Cour de justice, 2009-10-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1259\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1259_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1259/2009 du 13 octobre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1259/2009 del 13 ottobre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 27 mars 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1er janvier 2004 et du 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois d'avril 2005 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et à la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité dès le mois d'avril 2005, singulièrement sur sa capacité de travail.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les

traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

A/1483/2009 - 11/16 -

## **E. 6**

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. 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). 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

A/1483/2009 - 12/16 - la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Il sera enfin rappelé que les 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 et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au

comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (arrêt I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée.

#### **E. 7**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

#### **E. 8**

En l'espèce, l'OCAI a retenu que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée, se fondant sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 17 octobre 2007. L'assurée soutient en revanche être en totale incapacité de travail, se basant tant sur le rapport des EPI que sur des rapports médicaux établis postérieurement à la décision sur opposition. Il y aura lieu de déterminer s'ils doivent être pris en considération.

#### **E. 9**

Il ressort de l'examen rhumato-psychiatrique du SMR du mois d'octobre 2007 que l'assurée souffre principalement de lombosciatalgies droites chroniques persistantes (M51.3) : discopathie L4-L5, et d'un déconditionnement physique majeur. L'excès pondéral et la dysthymie (F34.1) n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. D'après les experts, il existait une importante hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc, inhabituelle à l'âge de l'assurée, attestant d'une fragilité biomécanique évidente du carrefour lombo-sacré. L'atteinte du rachis lombaire était ainsi significative et indiscutable. Les limitations fonctionnelles somatiques consistaient en l'alternance des positions assise et debout deux fois par

A/1483/2009 - 13/16 - heure au moins, en l'absence de soulèvement de charges excédant 5 kilogrammes, de port régulier de charges de 7 kilogrammes et de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Les examinateurs ont enfin préconisé que l'assurée suive un programme de reconditionnement musculaire ou de reconditionnement à l'effort. Ainsi, l'assurée ne pouvait plus exercer son activité précédente d'aide soignante, en revanche, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était exigible dès le mois de mars 2005 à un taux initial de 50%, puis de 100% après une période de trois mois. Il convient de constater que ce rapport bidisciplinaire remplit les critères pour se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence. Il est basé sur une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle, médicale, psychosociale et psychiatrique de l'assurée, sur ses plaintes, les documents médicaux à disposition ainsi que sur des examens médicaux somatiques et psychiatriques. Les constatations objectives découlant des divers examens ainsi que les

diagnostics ont été clairement exposés. Ces éléments ont fait par la suite l'objet d'une appréciation motivée aboutissant à des conclusions cohérentes et convaincantes. Il apparaît notamment, au vu de sa musculature déficiente, que l'assurée avait besoin d'une réadaptation à l'effort avant de pouvoir retravailler à plein temps et qu'en raison de ses troubles lombaires, une activité lourde telle que celle d'aide-soignante pratiquée précédemment ne pouvait plus être exercée et que seule une activité respectant les diverses limitations fonctionnelles somatiques était exigible. Pour ce qui était des troubles liés à l'état psychique de l'assurée, ils ont été discutés par le médecin psychiatre et ne sont à l'évidence pas en mesure d'avoir des répercussions sur sa capacité de travail. De plus, il ne ressort pas de ce rapport de jugement de valeur ou de signe pouvant faire douter le Tribunal de céans de l'objectivité des examinateurs. On ajoutera que l'assurée n'en conteste pas la valeur probante.

#### **E. 10**

Au dossier figurent également d'autres rapports, soit tout d'abord ceux des divers experts mandatés par l'assureur-accident. Bien que le but de leurs examens ait été de déterminer si les troubles dont souffrait l'assurée étaient la conséquence des événements des mois de mars et septembre 2004, leurs constatations médicales peuvent être mises en parallèle avec l'examen du SMR. Les médecins mandatés posent en substance tous le même diagnostic d'un point de vue somatique. Certes ne concordent-ils pas tous les trois sur l'origine des troubles lombaires présentés par l'assurée - ce qui n'est d'ailleurs pas déterminant en l'espèce - ils ont toutefois tous admis que l'assurée présentait une entière capacité de travail, même dans l'activité précédente, dès mars 2005, voire déjà à partir de l'automne 2004. Ces constatations ne viennent ainsi que confirmer les conclusions du SMR quant au début de la capacité de travail de l'assurée. La Dresse L\_\_\_\_\_ a également établi divers rapports à l'attention de l'OCAI. Dans son premier rapport du 30 juin 2005, elle a déclaré que l'assurée avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations

A/1483/2009 - 14/16 - fonctionnelles, mais n'a fixé ni la date de la reprise de l'activité ni les raisons qui l'amenaient à ne retenir qu'une capacité de travail partielle. Par ailleurs, alors même qu'elle suivait l'assurée depuis quatre ans, elle a déclaré, en date du 27 juin 2008, ne pas savoir si la compliance était optimale ou encore quelles étaient les limitations fonctionnelles. Enfin, par courrier du 26 février 2009, elle a expliqué avoir établi, en avril 2008, un certificat d'arrêt de travail sur simple demande de l'assurée, laquelle lui avait indiqué qu'il lui était difficile d'effectuer le stage aux EPI. Partant les rapports peu motivés de la Dresse L\_\_\_\_\_, qui est le médecin traitant de l'assurée, ne sont manifestement pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du SMR.

#### **E. 11**

Par ailleurs, les rapports de stages d'orientation professionnelle auprès des EPI et de réentraînement au travail auprès de l'entreprise Pro ne permettent pas non plus de s'écarter du rapport d'examen du SMR. Certes les réadaptateurs des EPI ont-ils attesté que l'assurée n'était pas apte à être placée dans le circuit économique normal, toutefois, avant d'arriver à cette conclusion, ils ont notamment constaté qu'elle était « plaintive et excessivement démonstrative, ce qui l'a rendu particulièrement inobservable sur un plan professionnel » et qu'elle sollicitait de pouvoir s'allonger déjà après une heure, voire une heure trente. Il s'agit là principalement de considérations subjectives qu'on retrouve également dans le rapport de stage d'observation auprès de l'entreprise PRO, lors duquel les réadaptateurs ont déclaré

que l'assurée semblait passablement souffrir. Ainsi au vu de la jurisprudence rappelée ci-dessus, les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assurée, ne sauraient l'emporter sur celles d'un médecin.

#### **E. 12**

Reste à examiner si les rapports de médecins établis entre avril et mai 2009 et produits dans la présente procédure doivent être pris en considération.

#### **E. 13**

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 6 mai 2008, 8C\_441/2007 consid. 4.2 ou du 18 juillet 2005, I 321/04 consid. 5).

#### **E. 14**

En l'espèce, l'assurée a été soumise à une nouvelle IRM en date du 22 avril 2009. Tant le radiologue, qui a comparé cette IRM avec celle effectuée en 2005, que le Dr V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ ont noté une aggravation de la symptomatologie lombaire, l'hernie discale de l'assurée s'étant péjorée. Le Dr W\_\_\_\_\_ a également relevé, dans son rapport du 12 mai 2009, qu'au vu des atteintes présentes

A/1483/2009 - 15/16 - actuellement et surajoutées à la symptomatologie prévalant depuis deux mois [soit depuis le 12 mars 2009 environ], sans évolution avec un traitement conservateur, une intervention chirurgicale était indiquée. Ces éléments parlent très clairement en faveur d'une péjoration de l'état somatique de l'assurée. Bien que ces rapports aient été établis après la décision du 27 mars 2009 de l'OCAI, ils portent cependant sur des faits survenus très vraisemblablement avant le moment où cette décision a été rendue, même si l'on ne connaît pas exactement le moment de la survenance de la péjoration de l'état de santé (cf. not. Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_441/2007 du 6 mai 2008 consid. 4.2). Eu égard à ces nouveaux éléments médicaux, l'état de santé de l'assurée, ses conséquences sur sa capacité de travail et les activités qui pourraient le cas échéant encore être exigibles d'elle, doivent faire l'objet d'une instruction complémentaire. L'OCAI devra ainsi prendre tous les renseignements nécessaires auprès du Dr W\_\_\_\_\_ et de tout autre médecin ayant traité l'assurée et faire procéder au besoin à un examen ou à une expertise neurologique ou rhumatologique complémentaire. Au vu de ce qui précède, la cause n'est pas en l'état d'être jugée, de sorte qu'elle sera renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens de ce qui précède.

A/1483/2009 - 16/16 -