

GE_GERICHTE A/3731/2013 vom 13. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3731_2013

FR: GE_GERICHTE A/3731/2013 du 13 mai 2014

IT: GE_GERICHTE A/3731/2013 del 13 maggio 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1964 au Portugal a suivi l'école primaire jusqu'en 1976, puis a travaillé en usine jusqu'en 1983. Elle est arrivée alors en Suisse et a travaillé dans la restauration et en usine jusqu'en 1988. Mariée en 1988 et divorcée en 1991, elle n'a pas d'enfants. Elle est de nationalité suisse. 2. L'assurée a travaillé pour B_____ depuis juillet 1988 en qualité de collaboratrice au tri, à raison de quarante-deux heures par semaine. Son salaire annuel a été de CHF 74'274.- en 2003, CHF 73'517.- en 2004, CHF 69'726 en 2005 et CHF 73'337.- en 2006. L'assurée a été absente pour cause de maladie à 100% du 4 juin au 23 septembre 2007, à 50% depuis le 15 octobre 2007. En 2007, son salaire a été de CHF 66'076.- (rapport de l'employeur du 31 janvier 2008). 3. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 21 janvier 2008 en raison de lombalgies invalidantes et de sciatalgies existant depuis mai 2007 et ayant impliqué un arrêt de travail à 100% du 3 mai au 15 octobre 2007 et à 50% depuis lors. Un reclassement était rapidement nécessaire, le centre de tri allait fermer fin 2008. La capacité était limitée à 50% dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité sans mouvements du tronc ni port de charges (rapport du 30 janvier 2008 et du Docteur C_____, généraliste). Selon l'imagerie, l'assurée présentait une double discopathie L3-L4 et L4-L5, sans image de hernie, ni effet compressif, sans nécessité chirurgicale, un programme de posture et de musculation étant suggéré (rapport du Docteur D_____, neurochirurgien du 31 juillet 2007 et imageries des 6 juin et 2 juillet 2007). 4. Selon les rapports de la réadaptation professionnelle de l'OAI, les collaborateurs du centre de tri de B_____ disposaient de deux solutions lors de la fermeture de ce centre : quitter l'entreprise avec des indemnités de départ ou choisir le maintien du contrat avec une garantie de salaire durant un an, avec des rotations entre divers postes de travail et des formations internes chez B_____. L'assurée a choisi cette deuxième solution. Afin de favoriser la possibilité de trouver un poste mieux adapté au sein de l'entreprise, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un cours de français, du 8 avril au 17 juin 2008, à raison de quarante heures sur vingt jours. L'assurée a été mise en arrêt de travail à 100% et a dès lors été écartée par La Poste de l'alternative consistant à rester en emploi. La collaboration de l'assurée lors de l'intervention précoce permettait de douter de sa réelle motivation, notamment du fait qu'elle n'avait pas averti de sa mise en arrêt à 100%. La comparaison du revenu avec invalidité, selon ESS 2006, 1, niveau 4, pour 41.7 heures, à 100%, avec un abattement de 10% (CHF 45'924.-) avec le revenu sans invalidité effectivement perçu en 2006, réadapté à 2007 (CHF 74'430.-), établissait un taux d'invalidité de 38,3%. L'abattement de 10% était retenu en raison de l'ancienneté et des limitations fonctionnelles peu importantes. Sur demande expresse écrite et motivée de la

part de l'assurée, afin de l'accompagner dans la recherche d'un emploi adapté, il était envisageable d'examiner une éventuelle aide au placement.![endif]>![if> 5. Par projet du 26 septembre 2008, confirmé par décision du 4 novembre 2008, l'OAI a refusé à l'assurée une rente et un reclassement professionnel. Le Dr C_____ avait confirmé à l'OAI que sa patiente pouvait travailler dans une activité adaptée à plein temps. Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision.![endif]>![if> 6. L'assurée a déposé une demande de révision le 16 mars 2010. Selon le Dr C_____, l'état de santé était stationnaire, avec une persistance du syndrome lombaire, des raideurs et une difficulté de mobilisation. Le pronostic était médiocre au vu du status radiologique montrant des troubles statiques sévères et des discopathies. L'assurée était totalement incapable de travailler. Selon le médecin-conseil de l'assurance-chômage, l'assurée était « à l'AI depuis 2007 », avait effectué un stage avec un rythme d'atelier protégé. Elle était inapte au travail salarié normal et pouvait travailler, à 50%, dans un atelier protégé (rapport du 22 janvier 2010). Selon le rapport d'évaluation du stage effectué auprès de l'entreprise PRO du 31 août au 13 octobre 2009, à 50%, dans l'étiquetage, le conditionnement léger, l'assurée travaillait avec un rendement de 60% au maximum. Les rendements en temps étaient faibles, les absences nombreuses pour des raisons médicales, son autonomie était incompatible avec un poste dans le secteur économique normal. L'IRM lombaire du 2 novembre 2009 était dans les limites de la norme pour l'âge, avec une dessiccation discale L2-L3, L3-L4 et L4-L5. Selon l'avis du SMR du 25 mai 2010, les atteintes ne permettaient pas d'expliquer la diminution de rendement constatée par PRO et il n'y avait pas d'aggravation manifeste de l'état de santé.![endif]>![if> 7. Par projet du 22 juin 2010, confirmé par décision du 1^{er} septembre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière. Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision.![endif]>![if> 8. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 12 janvier 2012, son état s'aggravait malgré des consultations auprès de spécialistes et elle était incapable de tenir une activité professionnelle avec station debout et port de charges, selon le Dr C_____ (rapport du 22 février 2012).![endif]>![if> 9. L'OAI, qui avait projeté de rendre une décision de refus d'entrer en matière, a estimé, sur la base de l'avis du SMR, que l'aggravation de l'état de santé avait été rendu plausible, de sorte qu'il convenait d'instruire le dossier sur le plan rhumatologique et psychiatrique.![endif]>![if> 10. L'assurée présentait des lombosciatalgies gauches chroniques, sans territoire précis, ainsi que des cervicobrachialgies gauches non déficitaires, sans argument en faveur d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Les infiltrations pratiquées, notamment en 2009, avaient permis l'atténuation de la douleur au niveau du membre inférieur gauche, sans effet sur les douleurs lombaires. Les douleurs étaient progressivement devenues permanentes depuis 2007 et diminuaient en position couchée. L'assurée estimait être incapable d'assumer l'intensité du programme Prodige pour une réhabilitation fonctionnelle et s'était montrée réticente à un soutien psychologique compte tenu d'une thymie éventuellement dépressive (rapport du 16 mai 2011 du Docteur I_____, auprès du service de rhumatologie des HUG). L'examen neurologique avait permis de conclure à l'absence d'un syndrome du canal carpien, d'une atteinte du nerf cubital et de signes lésionnels C8 à gauche (rapport du 29 janvier 2010 du Docteur E_____, neurologue). L'état de santé avait influé sur la capacité de travail progressivement depuis 2007 et s'était notablement aggravée progressivement depuis 2010. L'incapacité de travail était totale dans le poste de trieuse postale et devait être évaluée par un stage dans une activité adaptée. L'état algique empêchait l'assurée même de faire son ménage (rapport du 4 février 2012 du Dr C_____). L'assurée a confirmé à l'OAI qu'elle ne consultait aucun

psychiatre, même si elle se sentait parfois angoissée, énervée ou stressée. Son problème de santé était somatique.![endif]>![if> 11. L'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique le 31 octobre 2012 au SMR, effectué par le Docteur F_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Elle présentait des lombocuralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann et spinabifida occulta et un syndrome rotulien gauche, avec répercussion durable sur la capacité de travail. Elle présentait également des cervicobrachialgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical ainsi qu'une discrète arthrose nodulaire des doigts, sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée était totalement incapable de travailler comme employée au tri postal mais disposait d'une totale capacité de travail dans une activité adaptée dès le 15 octobre 2007. Les limitations fonctionnelles étaient : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de port de charges de plus de 5 kg régulièrement, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de genuflexion répétée ni franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escalier.![endif]>![if> Le médecin a retenu de discrets troubles statiques du rachis mais a relevé de nombreux signes de non-organicités selon Waddell. 12. Selon le rapport d'expertise du 20 mars 2013 de la Doctoresse G_____, psychiatre, l'assurée ne présentait aucun diagnostic psychique ayant une quelconque influence sur la capacité de travail et n'était donc nullement limitée de ce point de vue.![endif]>![if> 13. Le SMR a fait siennes les conclusions des médecins rhumatologue et psychiatre, le 4 juin 2013.![endif]>![if> 14. Par projet du 16 septembre 2013, confirmé par décision du 28 octobre 2013, l'OAI a refusé à l'assurée des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité ne s'était pas modifié depuis la première décision et restait fixé à 38%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.![endif]>![if> 15. Par pli du 18 novembre 2013, l'assurée a formé recours. Son état de santé s'était dégradé. Le Docteur H_____, médecin-traitant ayant succédé au Dr C_____ après la retraite de ce dernier, l'avait envoyée faire un examen aux HUG au service de rhumatologie. Ce médecin a attesté par pli du même jour que les antalgiques étaient peu efficaces et que l'examen rhumatologique devait donner de plus amples renseignements.![endif]>![if> 16. Dans le délai fixé à la recourante pour compléter son recours et produire l'attestation médicale des HUG, l'assurée a produit le rapport du 10 décembre 2013 du Dr I_____, du service de rhumatologie des HUG. Elle présentait des lombosciatalgies gauches mécaniques chroniques, sans radiculalgies et des cervicobrachialgies gauches chroniques non déficitaires. La patiente décrivait une persistance de lombalgies en barre avec occasionnellement une irradiation douloureuse dans la cuisse antérieure jusqu'au genou, non neurogène. Les lombalgies étaient augmentées à l'activité et en position statique debout ou assise et étaient soulagées par la position couchée, sans réveil nocturne ni raideur matinale. Elle décrivait aussi la persistance de cervicobrachialgies gauches plutôt proximales, jusqu'au coude, sans déficit neurologique. A l'examen clinique, le médecin a relevé une bonne mobilité des sacro-iliaques et des hanches, un Lasègue négatif sans anomalie neurologique aux membres inférieurs, une bonne mobilité du rachis cervical, pas d'anomalie neurologique aux membres supérieurs. Il proposait une physiothérapie active, et non pas seulement passive, ainsi que la reprise d'activités et la poursuite du traitement, légèrement modifié. S'agissant de la demande AI, il n'y avait pas de changement majeur par rapport à 2011, de sorte qu'un changement de décision concernant les incidences sur l'assurance-invalidité paraissait peu probable. Toutefois, une reconversion dans un travail ne nécessitant pas de position statique prolongée ou de port de charges pourrait être

discutée.![endif]>![if> 17. Par pli du 10 mars 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Quand bien même les HUG ne distinguaient pas clairement la capacité de travail dans l'activité habituelle ou adaptée, il ressortait du rapport du Dr I_____ que, dans une activité adaptée, le travail restait exigible. Selon l'avis du SMR du 10 mars 2014, les épisodes douloureux relevés par le Dr I_____ n'avaient rien de grave et la situation était sans changement depuis 2011. La reconversion professionnelle préconisée impliquait que les HUG admettaient également une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée.![endif]>![if> 18. Dans le délai fixé au 12 avril 2014 pour consulter les pièces du dossier, le cas échéant se déterminer, l'assurée ne s'est pas manifestée.![endif]>![if> 19. Sur quoi la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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.![endif]>![if> 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 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).![endif]>![if> En l'espèce, 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 2011, et, après le 1er janvier 2012 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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). 4. 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.![endif]>![if> 5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures professionnelles ou une rente, singulièrement sur l'aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de 2008.![endif]>![if> 6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 109 V 108, consid. 2b). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108). Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b p. 199), qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 p. 546 et 7.1 p. 548). Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations (cf. arrêts 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 in SVR 2009 IV n° 35 p. 98) s'appliquent sans restriction. Il s'agit en particulier d'examiner, même si la capacité de travail est demeurée inchangée dans un emploi adapté, si l'assuré a encore une chance de retrouver un emploi en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge, et, le cas échéant, de revoir l'abattement sur le salaire statistique en raison de l'âge de l'assuré (arrêt non publié du 9 juillet 2012; 9C_142/2012). Si l'âge exerce une influence certaine dans l'évaluation du degré d'invalidité, dès lors qu'il intervient indirectement comme critère de réduction du revenu d'invalide (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79) et directement lorsqu'il s'agit d'appréhender la situation particulière d'un assuré qui a atteint un «âge avancé» au moment de la naissance de droit (cf. notamment arrêts 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 in SVR 2009 IV n° 35 p. 97 et I 819/04 du 27 mai

2005 consid. 2.2 et les références), tel ne saurait être le cas lors de l'examen des conditions d'une révision. En effet, l'écoulement du temps - qui est le seul motif de révision invoqué par la juridiction cantonale en l'occurrence, qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens de l'art. 3 et 4 LPGA (cf. arrêt 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 5) et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre une rente entière (voir arrêts 9C_50/2010 du 6 août 2010; 9C_156/2011 du 6 septembre 2011). Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a; ATF 109 V 114 consid. 2a et b). 7. 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). 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. 3b/cc). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 8. 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). 9. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen rhumatologique du Dr F_____, du SMR, pour refuser toutes prestations à l'assurée, au motif que le taux d'invalidité ne s'était pas notablement modifié depuis la dernière décision de refus, datant de 2008. Le rapport en question se fonde sur des examens complets, tient compte des plaintes exprimées, et a été établi en pleine connaissance du dossier médical de l'assurée. Le médecin a retenu une aggravation de l'état de santé dès novembre 2009, date de l'IRM lombaire mettant en évidence une majoration du débord discal circonférentiel L4-L5, avec rétrécissement foraminal L4 gauche. Depuis lors, alors que l'incapacité de travail était limitée à 50% dans l'activité habituelle, l'incapacité était devenue complète comme employée au tri postal. Par contre, en respectant les limitations fonctionnelles détaillées, la capacité de travail restait complète dans une activité adaptée, dès le 15 octobre 2007, sans changement. Le rapport tient également compte du dossier radiologique et de son évolution entre les images de juin et juillet 2007, celles de 2009 et celles de février 2011. Ainsi, le rapport du Dr F_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Au demeurant, les rapports des Drs C_____ et H_____ ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante de ce rapport, dès lors qu'ils ne font état que d'une majoration de la douleur, sans autre conclusion quant à la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Quant au rapport du Dr I_____ du 10 décembre

2013, il souligne d'une part qu'il n'y a pas de changement majeur par rapport à son rapport de 2011 et qu'il convient, face à une situation chronique douloureuse, de fixer des objectifs fonctionnels (reprise de la marche et des activités quotidiennes, physiothérapie active, etc.). L'avis du Dr I_____ rejoint celui du SMR, s'agissant d'une bonne conservation de la mobilité et du fait que les lombalgies mécaniques et les occasionnelles sciatalgies gauches ne sont pas irritatives. Sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr I_____ retient toutefois une capacité résiduelle, puisqu'il préconise une reconversion dans une activité sans position statique prolongée ou port de charges. Les limitations retenues sont ainsi même moins importantes que celles admises par le Dr F_____. Ainsi, ni les médecins-traitants, ni le Dr I_____ n'ont fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'examen rhumatologique du SMR et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr F_____. C'est donc à juste titre que l'OAI a considéré que, malgré l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, celle-ci était restée entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est également conformément au droit que l'OAI n'a pas procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité. En effet, l'écoulement du temps et l'augmentation de l'âge de l'assurée ne permettent pas d'appliquer un abattement de 15% sur le salaire d'invalidé, au lieu des 10% retenus en 2008, ce qui ferait passer le taux d'invalidité à 41% et ouvrirait ainsi le droit à un quart de rente d'invalidité. Ainsi, la décision de refus de toute rente d'invalidité est justifiée, le taux d'invalidité étant demeuré en-dessous de 40%. Ainsi, en application de la jurisprudence, l'OAI, parvenant à la conclusion que l'invalidité ne s'était pas modifiée depuis sa précédente décision, a rejeté la demande, tant du point de vue de la rente que des mesures professionnelles. En 2008, un reclassement avait été refusé, au motif que l'assurée avait compromis sa reconversion dans le cadre de B_____ et, surtout, qu'elle avait toujours affirmé être incapable de travailler dans toute activité au-delà de 50%, malgré le fait que l'ensemble des médecins lui reconnaissait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. A cet égard, la conviction de l'assurée ne s'est apparemment pas modifiée et elle a été au surplus entretenue par le rapport de l'entreprise PRO qui a retenu, au vu des faibles rendements de l'assurée, qui ne s'expliquent pas du point de vue médical, que celle-ci ne pouvait travailler ni à plus de 50% ni en-dehors d'un atelier protégé. Dans ces circonstances, l'OAI était également fondé à rejeter la demande, pour autant que l'assurée ait entendu solliciter des mesures professionnelles de reclassement dans une autre profession. Cela étant dit, la décision de 2008 réservait la possibilité pour l'assurée de solliciter une aide au placement, par une demande écrite et motivée, ce qui rejoindrait les conseils de mobilisation active du Dr I_____, chez une assurée d'à peine 50 ans. 10. Le recours est rejeté et la recourante, qui succombe, est condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.-.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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