

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1483/2009

ATAS/1259/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 13 octobre 2009

En la cause

Madame H_____, domiciliée à ONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame H_____ (ci-après l'assurée), née en 1972 au KOSOVO, a travaillé en qualité d'aide-soignante auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) du 1^{er} février 2003 au 11 mars 2004, date à laquelle elle a subi un accident professionnel, lui provoquant des lombalgies post-traumatiques.
2. Le 19 septembre 2004, l'assurée a été victime d'un second accident, alors qu'elle était en arrêt complet de travail, faisant une chute dans sa cuisine. Le diagnostic de contusion lombaire et hanche droite a été posé par la Dresse L_____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, dans son rapport du 7 octobre 2004 adressé à l'assureur-accident.
3. Du dossier de l'assureur-accident, il ressort que le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a été mandaté afin de procéder à une expertise médicale de l'assurée. Dans son rapport du 3 décembre 2004, ce médecin a retenu que l'assurée souffrait de lombosciatalgies droites sur hernie discale L4-L5, que ses plaintes actuelles étaient seulement possiblement en relation avec l'événement du 11 mars 2004, qu'aucune maladie ou accident antérieurs ou intercurrents ne jouaient de rôle, qu'un statu quo ante devait être atteint six mois après l'événement déclenchant, soit le 11 septembre 2004, ce même en considérant une évolution excessivement défavorable d'un épisode de lombosciatalgie, et qu'on pouvait retenir que cette patiente avait une capacité de travail de 50% à partir du 11 septembre 2004 et de 100% à partir du 11 novembre 2004. Par ailleurs, le médecin avait été particulièrement frappé par les doses de Tramal consommées par l'assurée. Sachant que ce médicament provoque très rapidement une dépendance et une accoutumance, il pensait que celle-ci devait rapidement suivre un sevrage médicamenteux. Il estimait enfin qu'une évaluation psychiatrique ou psychosociale devait être envisagée par le médecin traitant si l'on ne voulait pas aggraver la situation.

Par décision du 26 janvier 2005, l'assureur-accident a mis fin aux prestations découlant de la LAA au 31 décembre 2004.

Par décision du 6 juin 2005, l'assureur a partiellement admis l'opposition de l'assurée à sa décision du 26 janvier 2005. Il a en effet conclu qu'un lien de causalité naturelle entre les événements et les troubles existait pendant une durée maximale de six mois après chaque accident, soit jusqu'au 19 mars 2005. Il a expliqué avoir soumis le dossier complet à son médecin-conseil le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie, lequel a établi un rapport en date du 26 avril 2005. Celui-ci y a confirmé pour l'essentiel l'appréciation du Dr M_____, étant précisé que s'agissant du second accident, le statu quo sine avait été retrouvé, d'après lui, six mois après celui-ci et non six mois après le premier accident.

L'assureur a estimé, en se fondant sur les constatations du Dr N_____, que le rapport d'expertise réalisé par le Dr M_____ était concluant en ce sens qu'on pouvait pratiquement démontrer avec certitude que des états préexistants dégénératifs tels qu'une dessiccation des disques intervertébraux entre L4 et S1 et des spondylarthroses L3-S1 étaient aptes de leur propre chef, lors d'un mouvement ou d'un effort légèrement hors du commun, à entraîner une symptomatologie telle que celle que l'assurée continuait à présenter six mois après l'accident. Selon le Dr N_____, du point de vue biomécanique, l'événement n'était absolument pas en mesure de provoquer une hernie discale. Il a ajouté que le deuxième accident, soit la chute du 19 septembre 2004, était à même, indépendamment de l'état pathologique dégénératif préexistant, de provoquer des troubles pendant six mois ou plus. Toutefois, dans le cas d'espèce, les troubles avaient certainement été influencés négativement par l'état préexistant. Il a dès lors fixé le statu quo sine à la mi-mars 2005 environ.

Dans un arrêt du 10 octobre 2006, le Tribunal de céans a rejeté le recours déposé par l'assurée contre la décision du 6 juin 2005. Il a confirmé que, conformément au rapport du Dr N_____, le lien de causalité naturelle avait été rompu six mois après le deuxième accident, soit dès le 19 mars 2005.

L'assurée ayant interjeté un recours au Tribunal fédéral, celui-ci l'a admis dans un arrêt du 22 février 2007 (U_547/06), annulant celui du Tribunal de céans et la décision sur opposition et renvoyant enfin le dossier à l'assureur pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. Il a considéré qu'il ne pouvait pas être établi au degré de la vraisemblance prépondérante et de manière schématique que l'accident du 11 mars 2004, aggravé par l'accident du 19 septembre 2004, ne jouait plus de rôle dans la symptomatologie douloureuse de l'assurée. En effet, le Dr N_____ s'était, d'après le Tribunal fédéral, prononcé in abstracto sans tenir compte de la situation concrète de l'assurée. Par ailleurs, certaines constatations de ce médecin étaient en contradiction avec celles du Dr M_____.

4. Le 25 avril 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) tendant à l'octroi d'une rente.
5. Dans un rapport du 30 juin 2005, la Dresse L_____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques et d'état dépressif réactionnel depuis le mois de mars 2004. L'incapacité de travail était totale dans son activité précédente dès le 11 mars 2004 et de 50% vraisemblablement dans une activité sans port de charges lourdes (plus de 2-3 kilogrammes) et sans travail lourd ; la date de la reprise de l'activité professionnelle n'a pas été fixée. L'assurée devait également pouvoir changer de position toutes les heures, voire toutes les demi-heures et éviter les positions à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, le parcours à pied de plus

de 1000 mètres, un horaire de travail irrégulier et le travail en hauteur ou les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

6. Par décision du 1^{er} septembre 2005, l'assurée a été déclarée, dès le 1^{er} juillet 2005, inapte au placement par l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI.
7. Le 7 février 2006, la Dresse L_____ a indiqué au Dr O_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), que la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée devait être évaluée de manière précise, objective et indépendante, soit lors d'un stage d'observation par exemple. De plus, l'assurée ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique, n'en voyant pas la nécessité.
8. Sur requête du 8 mars 2006 du Dr O_____, les Drs P_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont procédé, le 17 octobre 2007, à un examen rumato-psychiatrique. Dans leur rapport du 22 novembre 2007, les examinateurs ont retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques persistantes (M51.3) : discopathie L4-L5, et déconditionnement physique majeur, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'un excès pondéral et une dysthymie (F34.1), diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.

Sur le plan somatique, au niveau du rachis, l'examen a mis en évidence de modestes troubles de la statique vertébrale. La mobilité du rachis lombaire était limitée, surtout sur le plan sagittal. D'après une IRM lombaire à disposition, les discopathies L4-L5 et L5-S1 étaient significatives avec des protrusions discales médianes et dans une certaine mesure paramédianes, prédominant légèrement plus à gauche qu'à droite. De plus, 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. Les examinateurs ont ainsi noté une atteinte significative indiscutable du rachis lombaire. Les limitations fonctionnelles somatiques consistaient en l'alternance des positions assise et debout deux fois par 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.

Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont relevé une tristesse réactionnelle au refus d'une intervention aux mois de mai ou de juin 2006, avec une humeur dépressive, des ruminations existentielles relatives à l'état de santé somatique, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables et un sentiment d'inutilité. L'assurée était toutefois capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Cette symptomatologie correspondait à une dysthymie, qui n'était pas d'une intensité telle pour retenir un épisode dépressif léger. Elle n'avait ainsi pas de

répercussion sur la capacité de travail. Il n'existait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Les examinateurs ont considéré, a posteriori, que l'analyse du Dr M_____ était d'un optimisme déplacé, toutefois, ils ont admis que, dès mars 2005, soit un an après l'événement qualifié de traumatique en mars 2004, l'assurée aurait été en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée sur le plan biométrique.

En conclusion, en raison de ses atteintes somatiques, l'assurée n'était plus apte à exercer son activité précédente d'aide soignante. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était limitée en raison de ses troubles dégénératifs lombaires disproportionnés pour son âge et de son déconditionnement musculaire sévère, présentant notamment une sangle musculaire lombo-abdominale inexistante. Les examinateurs ont ainsi préconisé qu'elle suive un programme de reconditionnement musculaire, soit un programme intensif de reconditionnement à l'effort, ce qui était exigible d'elle dès le mois de mars 2005. Partant, elle pouvait reprendre une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles à un taux initial de 50% dès mars 2005, puis de 100% après une période de trois mois.

9. Par avis du 4 décembre 2007, le Dr R_____, médecin au SMR, a pris note du contenu de l'examen bidisciplinaire, étant précisé que les conclusions du rapport devaient être transmises à la Dresse L_____ et que l'OCAI devait en surveiller l'application.
10. Suite à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral entre l'assurée et l'assureur-accident, celui-ci a mandaté le Dr S_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, lequel a examiné l'assurée en date du 3 décembre 2007 et rendu son rapport le 14 janvier 2008. Il a posé les diagnostics de lombalgie chronique récidiviste avec irradiation dans la jambe droite sans déficit radiculaire après faux mouvement (M54.4), syndrome douloureux chronique avec éventuelle altération de la personnalité (F62.8) et suspicion de névrose de rente (F68.0), étant précisé qu'il a requis un examen par un spécialiste en psychiatrie. Il a constaté que le status neurologique était normal et les signes de surcharge psychique évidents. L'état de santé actuel était la conséquence des altérations dégénératives préexistantes et de son état psychique, mais n'était pas en lien de causalité naturelle avec les événements de 2004. Il a conclu que le statu quo ante après l'événement du 11 mars 2004 était atteint le 11 septembre 2004 et le statu quo sine après l'accident du 19 septembre 2004 le 19 octobre 2004. La capacité de travail de l'assurée était ainsi, depuis lors, de 100% dans l'activité précédemment exercée. Cependant, le pronostic à la reprise d'une activité lucrative était actuellement mauvais, au vu de l'incapacité de travail qui perdurait, de l'état psychique de la famille ainsi que de la situation sociale et financière. D'après lui, une prise en charge psychiatrique ainsi qu'une assistance socio-familiale-financière seraient nécessaires. De plus, il y avait lieu de réintégrer l'assurée dans un processus de travail régulier.

11. Par décision du 27 mars 2008, l'assureur-accident a fixé le terme de ses prestations au 19 octobre 2004, estimant que « l'évolution irréversible de l'état [somatique] antérieur aurait aussi conduit au même résultat sans l'accident ». Pour le surplus, l'assureur a d'emblée nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et les événements du 11 mars et 19 septembre 2004.
12. Suite à l'opposition de l'assurée, a été conclu un accord transactionnel, dont la teneur ressort de la décision sur opposition du 21 mai 2008 de l'assureur-accident. La somme de 100'000 fr. a été versée à l'assurée, laquelle renonçait à toutes prétentions envers l'assureur des suites de ses accidents du 11 mars et 19 septembre 2009. La décision du 27 mars 2008 a été confirmée pour le surplus.
13. En date du 1^{er} avril 2008, l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle au sens de l'article 15 LAI, qui devait se dérouler auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) du 14 avril au 13 juillet 2008.
14. Le 6 juin 2008, les EPI ont établi un rapport d'évaluation des capacités professionnelles de l'assurée. Il en résulte que la mesure a été interrompue de manière prématurée en date du 1^{er} juin, en raison d'une incapacité de travail attestée médicalement, de son comportement démonstratif et de sa résistance insuffisante. L'assurée devait être présente à mi-temps, dans un premier temps, afin de permettre un reconditionnement musculaire préalable à une augmentation progressive du temps de travail jusqu'à un plein temps, cependant, elle ne s'est plus présentée dès le 28 avril, la Dresse L_____ lui ayant délivré un certificat médical de durée indéterminée. Les réadaptateurs ont constaté qu'elle était « plaintive et excessivement démonstrative, ce qui l'a rendue particulièrement inobservable sur un plan professionnel ». Par ailleurs, elle avait besoin d'un poste de travail lui permettant de mouvoir son corps et de faire quelques pas ; elle privilégiait en règle générale la position debout. Les activités étaient souvent interrompues après une heure, voire une heure trente, l'assurée sollicitant de pouvoir s'allonger. Celle-ci n'ayant été présente que durant deux semaines, les réadaptateurs ont indiqué qu'il s'agissait d'une période trop courte pour se prononcer objectivement sur un tonus ou un rythme quelconque et ont conclu que ses capacités physiques étaient incompatibles avec un emploi dans le circuit économique ordinaire.
15. Par rapport intermédiaire du 27 juin 2008, la Dresse L_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis son précédent rapport, que les diagnostics n'avaient pas changé et que la persistance des lombosciatalgies droites chroniques invalidantes et de l'état dépressif avait une influence sur sa capacité de travail. Elle a précisé qu'elle ne savait pas si la compliance était optimale, qu'il n'existait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique et qu'elle ne pouvait pas déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée, attendu que celle-ci déclarait ne rien pouvoir faire. Un retour au travail

était difficile à imaginer, attendu que l'assurée n'avait pas travaillé depuis 2004. Le médecin y a notamment joint

- deux rapports des 1^{er} septembre 2005 et 9 novembre 2006 du Dr T _____, médecin au département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), lequel a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques sur protrusion discale L4-L5, de maux douleurs et de douleurs myofasciales ;

- un rapport du 1^{er} mars 2007 de la Dresse U _____, chef de clinique au Service de neurologie des HUG, laquelle a retenu une lombosciatalgie droite sans déficit moteur évident, avec discrète hypoesthésie dans les territoires L5-S1.

16. Par communication du 16 octobre 2008, l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure de réentraînement au travail conformément à l'article 17 LAI, laquelle devait se dérouler du 27 octobre 2008 au 8 février 2009 auprès de l'entreprise PRO.
17. Dans un rapport du 15 décembre 2008, une collaboratrice du Centre d'Évaluation de l'entreprise PRO a signalé que, durant son stage, l'assurée avait été placée dans un atelier pratiquant du nettoyage industriel pour l'horlogerie et qu'elle avait effectué les activités d'empilage et de cerclage de capsules en plastique ainsi que des insertions de godets dans des barquettes. Durant la première semaine de stage, l'assurée a sollicité de se rendre une fois par jour à l'infirmerie pour se coucher pendant une quinzaine de minutes. Au début de la deuxième semaine, il a été constaté que l'assurée « n'a pas l'air bien » et qu'elle « semble passablement souffrir ». Elle a ainsi quitté son poste de travail après une heure et demie de présence. Après trois jours d'absence, l'époux de l'assurée a transmis à l'entreprise PRO un certificat médical de la Dresse L _____, attestant d'une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée et a rapporté que l'assurée avait sollicité l'arrêt de la mesure. Enfin, le Centre d'Évaluation professionnel avait appris que le médecin n'avait pas fixé de nouveau rendez-vous pour évaluer son état de santé.
18. Par rapport du 5 février 2009, une collaboratrice du Service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a indiqué que deux stages avaient été entrepris, mais qu'ils s'étaient soldés par des échecs. Toutefois, le médecin traitant n'avait mis en exergue aucun élément médical nouveau. Ainsi, eu égard à l'avis du SMR et à l'échec des diverses mesures, il a été procédé au calcul du degré d'invalidité, dont il ressort que le taux d'invalidité est de 22%.
19. Par projet de décision du 16 février 2009, l'OCAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, son degré d'invalidité étant inférieur à 40%. Il a relevé qu'il résultait de l'examen rhumato-psychiatrique que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

20. Par décision du 27 mars 2009, l'OCAI a confirmé ledit projet de décision.
21. Par acte du 27 avril 2009, l'assurée, représentée par Me Florian BAIER, a recouru contre la décision précitée, sollicitant, l'octroi d'une rente entière dès le jour du dépôt de la demande de prestations auprès de l'OCAI. Elle a allégué être en totale incapacité de travail depuis son accident professionnel survenu le 11 mars 2004 et avoir subi une aggravation de son état de santé depuis 2005, année durant laquelle les dernières radiographies de son dos avaient été effectuées.
22. Par décision du 29 avril 2009, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.
23. Par réponse du 2 juin 2009, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.
24. Dans son écriture complémentaire du 29 mai 2009, l'assurée a sollicité, préalablement, l'audition éventuelle des Drs V_____, W_____ et A_____ et, principalement, l'octroi d'une rente entière dès le 25 avril 2005. Elle a soutenu qu'elle était en totale incapacité de travail et qu'il y avait lieu de suivre les déclarations de ses médecins traitants ainsi que celles ressortant du rapport des EPI tendant à dire qu'elle ne pouvait pas être placée dans un circuit économique normal. Elle a également souligné la péjoration de son état de santé exposée par le Dr V_____. Elle a joint à son écriture :
 - un courrier du 26 février 2009 de la Dresse L_____, laquelle a rapporté que l'assurée lui avait indiqué, lors d'une consultation au mois d'avril 2008, qu'il lui était extrêmement difficile d'effectuer le stage aux EPI, en particulier de travailler assise ou debout et d'exécuter des tâches mêmes faciles. L'assurée avait sollicité un arrêt de travail, ce sur quoi elle lui avait délivré un certificat d'incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée dès le 28 avril 2008 ;
 - un rapport du 22 avril 2009 du Dr B_____, spécialiste FMH en radiologie et médecine nucléaire, lequel a comparé deux IRM de la colonne lombaire de 2005 et d'avril 2009. Il a mis en exergue une péjoration de la hernie discale L5-S1 à prédominance paramédiane gauche venant largement au contact des racines S1 des deux côtés avec épaississement inflammatoire de la racine S1 droite. De plus, il existait une dessiccation discale débutante L4-L5-S1, des modifications dégénératives du signal médullaire de la partie inférieure des corps vertébraux de L4 et L5 et une discrète composante inflammatoire en L5 ;
 - un courrier du 5 mai 2009 du Dr V_____, généraliste, lequel a signalé que ladite IRM semblait démontrer une péjoration de l'hernie discale L5-S1 prédominant curieusement à gauche mais semblant également provoquer une inflammation de la racine S1 à droite ;

- un rapport du 12 mai 2009 du Dr W _____, chef de clinique au Service de neurochirurgie des HUG, qui a noté que l'IRM mettait en évidence une protrusion discale avec petite herniation médiane légèrement à gauche en L4-L5 et surtout une hernie discale L5-S1 gauche franche en contact avec les racines L5 et S1 gauches ainsi qu'un canal lombaire étroit. Eu égard à la symptomatologie existant actuellement et surajoutée à celle présente depuis deux mois, il a proposé une intervention chirurgicale, soit une herniectomy et discectomie L5-S1 gauche ;

- un courrier du 18 mai 2009 du Dr A _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel a informé le Conseil de l'assurée qu'il l'avait vue deux fois, soit les 21 et 28 avril 2009, qu'une amélioration de son état de santé n'était pas envisageable, qu'elle présentait actuellement des poussées douloureuses, qu'elle n'était pas en mesure de reprendre actuellement une activité lucrative et enfin, qu'elle devait consulter un spécialiste.

25. Par détermination du 3 août 2009, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et a allégué qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée avait uniquement été rendue plausible postérieurement à sa décision du 27 mars 2009, de sorte que ces faits n'étaient pas de nature à influencer l'appréciation du dossier au moment où la décision attaquée avait été rendue et que cette aggravation pouvait dès lors faire l'objet d'une demande de révision de la part de l'assurée. L'OCAI a transmis au Tribunal de céans un avis du 8 juillet 2009 du Dr R _____ du SMR, lequel a estimé que tant l'examen bidisciplinaire du SMR d'octobre 2007 que l'expertise du Dr S _____ de décembre 2007 ne permettaient pas de conclure que l'état de santé de l'assurée se serait aggravé dès 2005. Une éventuelle aggravation de son état de santé n'était intervenue, d'après le médecin du SMR, que suite à la décision sur opposition, soit au moment où l'assurée a commencé à consulter différents médecins, en avril 2009. Le courrier de février 2009 de la Dresse L _____, laquelle n'exposait aucun élément objectif nouveau, le confortait dans cette constatation. Ainsi, attendu que l'aggravation n'avait été exposée et documentée que suite à la décision attaquée, le SMR ne pouvait pas modifier les conclusions contenues dans son rapport du 4 décembre 2007. Il a enfin rappelé le contenu d'un article du « Journal of Medicine » du 14 juillet 1994, qui prévoyait que « sans corrélation entre plaintes, signes cliniques et images radio, rien ne peut être conclu ».

26. Par courrier du 26 août 2009, l'assurée a contesté que l'aggravation de son état de santé ne se soit produite que dès le moment de sa constatation et a persisté dans ses conclusions du 29 mai 2009, étant précisé que ses plaintes exprimées lors des mesures d'évaluation professionnelle ainsi que sa totale incapacité de travail étaient entièrement fondées.

27. Suite à la transmission de ce courrier à l'OCAI en date du 28 août 2009, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1^{er} janvier 2004 et du 1^{er} 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 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
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.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} 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. 1^{er} LPGA).

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

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.

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).
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.
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

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.

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

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.

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.
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.
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).
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

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.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants et annule la décision de l'intimé du 27 mars 2008.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OCAI à verser à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI.
6. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le