

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4120/2010

ATAS/794/2011

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Du 1^{er} septembre 2011

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée au Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée), née en 1956, d'origine italienne, mère de deux enfants nés en 1980 et 1982, est arrivée en Suisse le 22 août 1969. Elle a travaillé en qualité de vendeuse de 1993 au 11 septembre 2006, date à compter de laquelle elle a été mise en arrêt de travail (pièces 1 et 7 intimé).
2. Le 2 juillet 2007, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) en invoquant une hernie discale présente depuis septembre 2006 et de fortes douleurs dorsales (pièce 7 intimé).
3. Dans un rapport du 10 juillet 2007, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu le diagnostic de syndrome radiculaire L5-S1 gauche, existant depuis le mois de septembre 2006. Le médecin a conclu à l'incapacité totale de l'assurée à exercer son activité habituelle depuis le 9 septembre 2006. Il a en revanche admis, dès le 1^{er} octobre 2007, une capacité de 50 à 60% dans une activité adaptée c'est-à-dire s'exerçant en position assise et permettant d'éviter les fréquents changements de positions, comme celle de caissière, par exemple. A son rapport, le médecin a joint :
 - un compte-rendu opératoire du 30 janvier 2007 établi par le Dr B_____, médecin adjoint auprès du Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), attestant que l'assurée avait subi une discotomie par voie interlaminaire en raison d'une hernie discale L5-S1 gauche ;
 - un résumé d'observation du 5 février 2007 établi par le même médecin, dont il ressort que la hernie discale L5-S1 gauche avait été mise en évidence par une IRM rachidienne lombaire effectuée le 19 décembre 2006 et que l'évolution était favorable (l'assurée avait repris la marche et la douleur, nettement moins importante qu'avant l'opération, ne la gênait pas pendant la journée ; pièce 14 intimé).
4. En date du 8 mars 2007, le Dr B_____ a attesté de la persistance de quelques troubles séquellaires de type S1 au niveau du membre inférieur gauche, résultant d'une irritation chronique déjà préopératoire. Il a précisé que l'amélioration pouvait néanmoins être qualifiée de bonne. Il n'a fait aucune proposition neurochirurgicale, mais a conseillé à l'assurée de reprendre progressivement ses activités quotidiennes, accompagnées de physiothérapie (pièce 25 intimé, p. 9).
5. Interrogé par l'OAI, le dernier employeur de l'assurée, X_____ SA, a confirmé en date du 12 octobre 2007 avoir employé l'intéressée en qualité de vendeuse du 1^{er} mai au 10 septembre 2006 - date de l'arrêt de travail ; l'assurée

avait repris le travail en mai 2006 à 60%, puis à 50% en raison de son état de santé - soit 21 heures par semaine - pour un revenu mensuel de 1'850 fr. (pièce 21 intimé).

6. Une IRM a été pratiquée le 11 décembre 2007 qui a montré un léger remaniement inflammatoire en regard de l'espace inter-somatique L5-S1, siège de la cure chirurgicale - jugée satisfaisante - et une discopathie L4-L5 s'accompagnant d'une protrusion discale focale foraminale gauche pouvant expliquer une symptomatologie radiculaire L4 gauche.
7. Le 12 février 2008, le Dr A_____ a émis l'avis que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié depuis le 10 juillet 2007. Elle souffrait d'une raideur douloureuse du rachis lombaire empêchant les mouvements de flexion du tronc et ralentissant la marche. Sa capacité de travail était nulle en tant que vendeuse, mais de 50% dans une activité s'exerçant en position assise. D'après le médecin, la reprise d'une telle activité pouvait intervenir quelques mois plus tard. Il a joint à son rapport :
 - celui établi le 5 décembre 2007 par le Dr C_____, médecin adjoint auprès du Service de rhumatologie des HUG, expliquant que l'assurée souffrait de lombosciatiques S1 gauches chroniques et évoquant l'éventuelle présence d'une spondylodiscite aseptique ou Modic I et l'existence de signes compatibles avec un syndrome radiculaire ;
 - celui du 4 février 2008 établi par le même médecin suite à l'IRM du 11 décembre 2007, faisant mention d'un petit manchon inflammatoire autour de la racine S1 gauche, concluant à une lombosciatique S1 gauche chronique post-herniectomy et constatant l'existence de douleurs prédominaient nettement au niveau lombaire par rapport au membre inférieur gauche (pièce 31 intimé).
8. Le 14 mars 2008, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a émis l'opinion que la situation n'était pas encore stabilisée et que l'activité de vendeuse de chaussures n'était plus exigible de l'assurée. Selon lui, il était possible, au vu du manchon inflammatoire autour de la racine S1 gauche, que la capacité de travail reste restreinte à 50% même dans une activité adaptée et la prise d'un traitement adéquat. Il était également possible que le traitement permette une amélioration suffisante pour que la capacité de travail soit entière dans une activité adaptée, raison pour laquelle le médecin a suggéré de refaire un point de la situation avec les Drs C_____ et A_____ trois mois plus tard (pièce 33 intimé).
9. Le 6 août 2008, le Dr A_____ a indiqué n'avoir constaté aucune évolution de l'état de santé de l'assurée depuis février 2008. L'intéressée rencontrait toujours des difficultés importantes à la marche et sa capacité de travail était nulle quelle que soit l'activité envisagée eu égard aux douleurs.

Le médecin a produit à l'appui de son rapport celui rédigé le 18 juillet 2008 par le Dr C_____, confirmant le diagnostic de lombosciatique S1 gauche chronique post-herniectomy et expliquant que l'évolution clinique n'avait pas été très favorable, le traitement n'ayant permis qu'une diminution de 10 à 20% des douleurs du membre inférieur. Le Dr C_____ disait avoir notamment proposé à l'assurée une physiothérapie à base d'étirements neuro-méningés et de mobilisation progressive, une évaluation en psychiatrie de liaison, afin de déterminer quel était le traitement le plus approprié pour soutenir son moral ainsi qu'un antidépresseur à propriétés antalgiques vu le contexte de douleurs neurogènes. L'assurée refusait toutefois toujours une infiltration péri-radiculaire S1 (pièce 36 intime).

10. Le 19 septembre 2008, le Dr E_____, médecin auprès du SMR, a considéré au vu de ces rapports que la situation n'était toujours pas stabilisée (pièce 38 intime).
11. En juin 2009, le Dr C_____ a rendu un nouveau rapport faisant mention des diagnostics suivants : syndrome radiculaire S1 gauche chronique persistant après herniectomy L5-S1 et état dépressif majeur léger depuis le 11 août 2008.

Il a précisé que l'assurée souffrait toujours de douleurs aux niveaux du dos et du membre inférieur gauche selon un trajet L5-S1, douleurs prédominant au niveau du mollet et ayant une importante répercussion sur l'état émotionnel. L'examen mettait en exergue un syndrome lombo-vertébral modéré, mais aucun trouble statique. Au vu de l'examen clinique, de la description par l'assurée de son état de santé et des retentissements physiques du problème médical, le médecin a émis l'avis qu'une activité professionnelle, même à temps partiel, ne semblait pas exigible. Il a expliqué que les nouveaux traitements récemment introduits ne seraient vraisemblablement pas suffisamment efficaces pour modifier la capacité de travail. Toutefois, l'assurée restait capable de pratiquer les activités s'exerçant dans différentes positions à condition qu'elles ne soient pas statiques et n'impliquent ni travail bras au dessus de la tête ni port de charges de poids supérieures à 5 kg.

A son rapport, le médecin a joint celui d'intervention psychiatrique établi le 24 septembre 2008 par l'Unité de psychiatrie de liaison des HUG. Il en résulte que l'assurée a été reçue en consultation le 11 août 2008 et qu'il a été constaté qu'elle souffrait alors d'une thymie légèrement abaissée, d'une baisse d'élan vital et de capacité d'intérêt en lien avec ses douleurs, de troubles du sommeil avec réveils multiples également en lien avec les douleurs, mais pas d'idées suicidaires. Ce rapport concluait à un état dépressif léger prolongé sans « facteurs de gravité », survenu à la suite d'un traumatisme accidentel avec séquelles physiques. Tant la prise d'un antidépresseur qu'un suivi psychothérapeutique ont été proposés à l'assurée (pièce 44 intime).

12. Le 17 juillet 2009, le Dr E_____ a émis l'avis que le rapport du Dr C_____ était convainquant et qu'il y avait lieu de conclure à une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée (permettant d'épargner le rachis et d'éviter les positions statiques plus de 4 heures d'affilée, la marche prolongée et le port de charges de plus de 5 kg). Le médecin a fait remonter l'aptitude à la réadaptation à la fin de l'année 2006 (pièce 47 intimé).
13. Interpellé par l'OAI, le dernier employeur de l'assurée a indiqué en date du 25 août 2009 que l'intéressée avait travaillé à 80% du 1^{er} au 31 mai 2006 (pour un salaire mensuel de 2'560 fr.), puis à 50% du 1^{er} juin au 31 décembre 2006 (pour un salaire de 1'600 fr.). Il a été précisé qu'une activité à 100% aurait été rémunérée 3'200 fr. et que le 13^{ème} salaire s'élevait à 2'133 fr. (cf. contrat de travail de l'assurée du 28 février 2006 et nouvelles conditions de travail dès le 1^{er} juin 2006 produites par l'employeur ; pièces 51 et 52 intimé).
14. En date du 23 septembre 2009, une enquête économique sur le ménage a été effectuée. Il résulte du rapport d'enquête rédigé le même jour que l'assurée a notamment déclaré à cette occasion qu'elle n'avait pas le moral à cause de ses douleurs chroniques, qu'elle se déplaçait avec difficulté et qu'elle dormait mal, même avec des médicaments. L'enquêtrice a remarqué qu'après une heure d'entretien, l'assurée s'était levée, mais ne pouvait plus marcher, et l'avait accompagnée à la porte avec beaucoup de difficultés.

S'agissant de son parcours professionnel, l'assurée a expliqué avoir travaillé dans une boulangerie à plein temps durant 12 ans (de 1992 à 2004). Ayant perdu son emploi suite à la vente de la boulangerie, elle avait retrouvé une activité de vendeuse à plein temps auprès de Y_____ ; son employeur ayant décidé de diminuer son taux d'activité, elle avait décidé de démissionner. Après une période de chômage, elle avait été engagée début 2006 comme vendeuse à 80% avant de réduire son taux d'occupation à 50% sans toutefois s'annoncer au chômage pour la part correspondant à la différence de taux d'occupation. En raison de son état de santé, l'assurée a cessé toute activité, assurant qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 80%. A cet égard, l'enquêtrice, relevant que l'intéressée, au moment de son atteinte à la santé, se contentait déjà d'un emploi à 50% et qu'aucun changement n'était intervenu par ailleurs, a jugé qu'il convenait de la considérer comme active à 50% malgré ses allégations.

Par ailleurs, l'enquêtrice a précisé que l'assurée vivait avec son époux, vendeur également, et l'un de leurs fils, actif auprès de la FONDATION PRO, et que ceux-ci ne rentraient pas à la maison durant la pause déjeuner.

L'enquêtrice a retenu les empêchements suivants, prenant en compte l'aide exigible des membres de la famille:

- 0% dans la conduite du ménage (pondération 5%), attendu que l'assurée n'avait pas de problèmes particuliers pour l'organisation ;
- 30% dans l'alimentation (pondération 45%) ; en effet, désormais, l'assurée ne pouvait plus ni cuisiner de pâtes fraîches, ni faire de conserves ; son fils (malentendant) l'aidait à préparer les repas du soir et du weekend, car il avait fait un apprentissage de cuisinier ; à midi, l'assurée était seule et n'avait pas faim, de sorte qu'elle grignotait ; elle ne pouvait plus non plus se charger du nettoyage des placards à fond ; l'enquêtrice a tenu compte d'une aide de 30% des membres de la famille ;
- 60% pour l'entretien du logement (pondération 20%), l'assurée ne pouvant plus que se charger d'enlever la poussière et ce par étapes et en répartissant le travail sur plusieurs jours ; son époux et son fils se partageaient toutes les autres tâches (aspirateur, nettoyage des sols, de la salle de bains et des vitres et changement de literie) ; personne ne faisait les grands nettoyages ; l'aide de la famille a été évaluée à 30% ;
- 0% pour les emplettes et courses diverses (pondération 10%), étant précisé que le fils et l'époux de l'assurée se chargeaient des grandes courses, l'assurée se contentant de se rendre au supermarché une fois par semaine avec un chariot pour acheter de petites choses ; l'époux s'était toujours chargé du travail administratif ;
- 50% pour la lessive et l'entretien des vêtements (pondération 20%) ; l'époux de l'assurée se chargeait désormais de trier le linge, puis lui ou leur fils le mettait en machine, le sortait et le suspendait ; l'époux de l'assurée s'occupait également du repassage lorsqu'il était en congé ou le weekend ; l'assurée ne pouvait plus désormais qu'aider à plier le linge ; l'aide des membres de la famille a été évaluée à 30% ;
- 0% dans les soins aux enfants (pondération 0%) ;
- 0% pour le poste « divers » (pondération 0%).

L'enquêtrice a souligné que les empêchements rencontrés par l'assurée dans la sphère ménagère étaient importants, en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles : les travaux physiques lourds et les activités nécessitant des flexions du tronc et la position debout prolongée ne pouvaient plus être effectués.

Le degré d'invalidité dans la sphère ménagère a ainsi été évalué à 35.5% pour un statut mixte de 50% (pièce 54 intimé).

15. En date du 20 octobre 2009, un réadaptateur de l'OAI a quant à lui évalué le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle à 0% (pièce 56 intimé).

16. Le même jour, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit aux prestations au motif que son degré d'invalidité global ne s'élevait qu'à 18% (pièce 57 intimé).
17. Le 2 décembre 2009, l'assurée, représentée par un conseil, a contesté ce projet de décision. Elle a fait valoir que selon le Dr C _____ sa capacité de travail était nulle quelle que soit l'activité envisagée. Par ailleurs, elle a requis que lui soit reconnu un statut mixte de 80% en tant que personne active. A cet égard, elle a allégué avoir toujours travaillé à 80%, voire 100%, jusqu'à ce que son taux d'activité soit réduit par son employeur. L'assurée a également contesté le revenu d'invalidité retenu par l'OAI, lui reprochant de ne tenir compte ni du revenu effectivement réalisé avant l'invalidité ni d'un abattement. Enfin, s'agissant des conclusions de l'enquête ménagère, l'assurée a allégué qu'il n'était pas admissible de fixer l'aide exigible des membres de sa famille à 30% dans la mesure où son époux travaillait à plein temps. Elle a ajouté que les empêchements retenus lui paraissaient largement sous-estimés (pièce 62 intimé).
18. En date du 16 décembre 2009, le dossier de l'assurée a été réexaminé par l'OAI qui a constaté que lorsque le taux d'occupation de l'assurée avait été diminué de 80% à 50%, l'intéressée n'avait effectué aucune démarche concrète (recherches d'emploi ou inscription au chômage par exemple) permettant d'établir qu'elle ne se serait pas contentée d'un poste à 50%. Il en a tiré la conclusion que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblablement le fait qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité à 80%. Quant à l'aide exigible des membres de la famille, il a été relevé qu'elle se référerait non seulement à l'époux de l'assurée mais également à son fils (pièce 65 intimé).
19. L'OAI a par ailleurs mis en œuvre un examen rhumatologique qu'il a confié au Dr F _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation.

Du rapport établi par ce dernier en date du 3 mars 2010, suite à l'examen de l'assurée en février 2010, il ressort que les diagnostics suivants ont été retenus : lombosciatalgies gauches persistantes dans un status post-cure de hernie discale L5-S1, protrusion discale foraminale gauche en L4-L5 et troubles dégénératifs postérieurs étagés. Le Dr F _____ a également fait mention d'une amplification des symptômes tout en précisant qu'il s'agissait d'un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée.

Le médecin a dit avoir constaté lors de l'examen un comportement algique très marqué et spontané, une vitesse de marche très ralentie, avec une importante boiterie, et des troubles de la marche amplifiés au moment où celle-ci était spécifiquement analysée. L'examen articulaire avait montré une composante de fond de fibromyalgie avec 8 points de Smythe positifs sur 18. Il n'y avait pas d'arthrite.

Au niveau du rachis, l'assurée, en station debout, déchargeait partiellement son membre inférieur gauche, de sorte qu'il existait une attitude scoliothique dorsale à convexité gauche et lombaire à convexité droite. La mobilité lombaire était limitée d'un tiers en flexion, en extension et en flexion latérale gauche, douloureuse dans ces trois directions et il existait une contracture lombaire para-vertébrale droite. La palpation était douloureuse de façon multi-étagée de D12 jusqu'au sacrum, de façon prédominante en L5. Au vu de la mobilité mesurée, l'examineur a conclu à un syndrome rachidien léger, précisant que la mobilité mesurée au niveau lombaire était en faible corrélation avec la mobilité spontanée de l'assurée et qu'au surplus, la manœuvre de Lasègue - effectuée couchée, puis assise - ne permettait pas de confirmer une radiculalgie irritative. Il n'y avait pas non plus de cruralgies irritatives. Enfin, le score de Waddell était positif de manière très claire, avec 7 signes de non-organicité sur 8.

Le Dr F_____ a jugé les allégations de l'assurée (sous-estimation de ses capacités et importance des douleurs) disproportionnées par rapport aux éléments radio-cliniques objectivables. Il a rappelé à cet égard que le Dr A_____ avait initialement retenu une possibilité de travailler de 4 à 5 heures par semaine dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, avant de conclure ultérieurement, eu égard à la composante algique persistante, à une totale incapacité de travail et ce, bien que l'état de santé ne se soit pas aggravé. Quant au Dr C_____, le Dr F_____ a relevé qu'il ne s'était pas prononcé, dans son rapport du 10 juin 2009, sur le degré de corrélation entre les plaintes de l'assurée et l'atteinte clinique objectivée. Le Dr F_____ a jugé que la reproduction de la douleur à 60° d'élévation dans le mollet n'était pas suffisante pour retenir une sciatalgie irritative et qu'il pouvait s'agir d'une douleur musculaire. En effet, lors de la manœuvre de Lasègue en station assise, l'assurée n'avait pas de sciatalgie. Enfin, le syndrome lombo-vertébral était actuellement léger, la mobilité mesurée s'étant améliorée par rapport à celle décrite en novembre 2007.

Finalement, le Dr F_____ a préconisé d'éviter les mouvements répétés de flexion-extension, la position en porte-à-faux, le port de charges de plus de 10 kg (charges légères), la position statique assise au-delà de 60 mn et la position debout au-delà de 30 mn. Dans une activité respectant ces conditions, il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 100% depuis mi-décembre 2007 (date de l'IRM excluant une complication postopératoire conséquente). Le médecin a admis une diminution de rendement de 20% eu égard à la persistance d'un léger syndrome lombo-vertébral et de douleurs au niveau du membre inférieur gauche (pièce 70 intimé).

20. Le 29 octobre 2010, l'OAI a rendu une décision formelle aux termes de laquelle il a reconnu à l'assurée le droit à un trois-quarts de rente limité dans le temps à la période du 1^{er} septembre 2007 au 29 février 2008.

L'OAI a confirmé le statut mixte de l'assurée (active à 50%).

Il a jugé qu'à compter de décembre 2007, le degré d'invalidité ne s'était plus élevé qu'à 18%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles n'avaient pas lieu d'être vu l'absence de perte de gain, l'assurée ayant recouvré une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (pièce 75 intimé).

21. Par acte du 1^{er} décembre 2010, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2007, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique.

La recourante fait tout d'abord valoir que l'examen rhumatologique du 12 février 2010 ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle lui reproche d'être contradictoire dans la mesure où il lui reconnaît une capacité de travail en dépit des limitations fonctionnelles retenues. Selon elle, il y avait lieu de suivre les conclusions de ses médecins traitants et du Dr E_____. Elle fait grief à l'OAI de n'avoir pas pris en compte son état dépressif majeur léger.

En outre, la recourante conteste le statut d'active à 50% retenu par l'OAI. A cet égard, elle fait remarquer qu'elle n'a travaillé que quatre mois à 50% avant son arrêt de travail en septembre 2006 et que son taux d'activité a été diminué indépendamment de sa volonté. Elle soutient que c'est en raison de son état de santé qu'elle s'est contentée de ce taux mais qu'en bonne santé, elle aurait exercé à 80%, voire à 100%. Elle ajoute qu'elle ignorait qu'il était possible de s'inscrire au chômage pour cette différence de 30%.

Par ailleurs, la recourante conteste les conclusions de l'enquête ménagère. En substance, elle soutient que les empêchements ont été largement sous-estimés au vu de ses limitations fonctionnelles, dont l'importance a au demeurant été soulignée par l'enquêtrice. Elle s'interroge enfin sur l'évaluation qui a été faite de l'aide des membres de la famille.

22. Invité à se déterminer, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Il maintient que, dans la mesure où l'assurée n'était déjà plus active qu'à 50% au moment de l'atteinte à sa santé et où elle ne s'est pas annoncée au chômage lorsque son taux d'activité a été réduit, il n'a pas été prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle aurait exercé à 80%.

Quant aux troubles psychiques, l'intimé relève qu'ils sont légers, que la recourante ne suit aucun traitement spécialisé et en tire la conclusion qu'ils ne sauraient être considérés comme incapacitants.

Enfin, s'agissant de l'enquête ménagère, l'OAI estime que les critiques de la recourante ne pas fondées sur des éléments objectifs concrets et ne permettent dès lors pas de douter du bien-fondé de l'évaluation. Il rappelle le large pouvoir d'appréciation dont il bénéficie dans ce domaine.

23. Le 9 février 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. 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 revient 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse du 29 octobre 2010 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 des 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008, cependant, les faits pertinents remontent au mois de septembre 2006. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit à une rente d'invalidité à partir

du mois de septembre 2007 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision et, dès le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut se voir reconnaître le droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2007 et notamment de vérifier si son état de santé s'est amélioré en décembre 2007 au point de justifier la suppression des prestations trois mois plus tard.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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'art. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).
6. 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

7. a) 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

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).

Cependant, le Tribunal ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

c) En ce qui concerne la preuve, 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, la décision de l'OAI du 29 octobre 2010 est fondée sur l'examen clinique rhumatologique du 12 février 2010 du Dr F_____, lequel a conclu à des lombo-sciatalgies gauches persistantes, à une protrusion discale foraminale gauche, à des troubles dégénératifs postérieurs étagés ainsi qu'à une amplification des symptômes.

Ce rapport a été établi suite à un examen clinique rhumatologique et est fondé sur une courte anamnèse familiale, professionnelle et médicale de la recourante et sur son dossier médical et radiologique. Sa motivation est cependant insuffisante. On peine en effet à en comprendre les conclusions, le Dr F_____ se limitant essentiellement à exposer ses constatations objectives sans les discuter. Au surplus, le Dr F_____ conclut à une amélioration de l'état de santé de la recourante en décembre 2007 et justifie sa position par le fait qu'à cette époque, une IRM permettait d'exclure toute complication postopératoire conséquente. Cette conclusion va cependant à l'encontre de celle du Dr C_____ puisque ce dernier, sur la base de la même IRM, avait constaté l'existence d'un manchon inflammatoire. Le Dr F_____ lui-même a d'ailleurs admis l'existence d'un léger remaniement inflammatoire au niveau de l'espace épidual antérieur en position médiane, à l'endroit où se trouvait une petite protrusion médiane, sans prendre la peine d'expliquer les raisons pour lesquelles il a estimé qu'il était sans

conséquence pour la capacité de travail de la recourante. A cet égard, il eut sans doute été judicieux de procéder à une nouvelle IRM dorso-lombaire afin de vérifier comment a évolué cet état de fait (plus de deux ans se sont écoulés entre la dernière IRM et l'examen du Dr F_____). Enfin, le Dr F_____ fait fi des rapports médicaux postérieurs à cette IRM, lesquels font pourtant état d'une situation médicale non stabilisée et de l'inefficacité des traitements médicamenteux qui ont dû être changés à plusieurs reprises.

Eu égard à ces éléments, le rapport du Dr F_____ ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, de sorte qu'il ne permet pas, en l'état, de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est effectivement amélioré en décembre 2007.

c) Pour le surplus, les divers rapports des médecins de la recourante (les Drs C_____ et A_____) et les avis des médecins du SMR (les Drs D_____ et E_____) ne sont pas susceptibles d'apporter une réponse définitive sur l'état de santé somatique et une éventuelle capacité de travail de la recourante dès le mois de décembre 2007, dans la mesure où ils présentent certaines contradictions et ne sont pas suffisamment motivés.

La cause n'étant ainsi pas en état d'être jugée, il convient de mettre en œuvre une expertise rhumatologique, étant rappelé que d'après la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

9. a) Quant au grief de la recourante selon lequel son état psychique n'aurait pas été suffisamment investigué, il doit être écarté.

A cet égard, la Cour de céans remarque que c'est à juste titre que le Dr F_____, rhumatologue, n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique, dans la mesure où cet aspect sort manifestement du champ de ses compétences.

On ajoutera que le seul rapport de spécialiste figurant au dossier est celui de l'Unité de psychiatrie de liaison des HUG du 24 septembre 2008 (pièce 44 intimé, p. 6ss), lequel conclut que la recourante souffre d'un état dépressif léger sans « facteurs de gravité », dans un contexte de lombosciatalgies persistantes. Outre le fait que ce rapport ne met pas en exergue aucune limitation de la capacité de travail, il insiste sur l'absence de gravité des atteintes psychiatriques.

Enfin, il ne ressort pas du dossier que la recourante suivrait ou aurait suivi un traitement psychiatrique ; elle ne l'allègue d'ailleurs pas.

Au vu de ces éléments, la Cour de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une incapacité de travail liée à l'état psychique de la recourante ne saurait être retenue et qu'il est superflu d'administrer d'autres preuves, telles qu'une expertise psychiatrique.

10. Partant, seule une expertise rhumatologique sera ordonnée, laquelle sera confiée au Dr G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel devra prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné l'assurée par le passé ainsi qu'effectuer tout examen utile à l'appréciation de son état de santé, soit notamment solliciter une nouvelle IRM dorso-lombaire.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise rhumatologique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, du dossier de la procédure et avoir procédé aux examens complémentaires nécessaires (notamment une IRM dorso-lombaire).
2. Commet à ces fins le Dr G_____ ;
3. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de se déterminer sur les points suivants:
 - a. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - b. Quelles sont les plaintes de l'assurée ?
 - c. Quelles sont vos constatations objectives ?
 - d. Quel(s) diagnostic(s) rhumatologique(s) reprenez-vous ? Depuis quand ?
 - e. L'assurée a-t-elle présenté ou présente-t-elle encore un manchon inflammatoire autour de la racine S1 gauche ou un remaniement inflammatoire en regard de l'espace inter-somatique L5-S1 ? Dans l'affirmative, quelles en sont les conséquences ?
 - f. Vos constatations objectives correspondent-elles aux plaintes de l'assurée ?
 - g. Précisez quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assurée du 11 septembre 2006 au mois d'octobre 2010.
 - h. Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assurée, en pour-cent ?
 - i. Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les troubles constatés ?
 - j. Quelle est votre position concernant le rapport d'examen du 3 mars 2010 du Dr F_____, d'une part, et ceux du Dr C_____, d'autre part ? Pourquoi ?

- k. Dans quelle mesure et à quel taux l'assurée peut-elle exercer son activité habituelle de vendeuse ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ?
 - l. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'assurée et à quel taux ? Dans quel domaine et depuis quand ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ?
 - m. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ou par une adaptation du poste de travail ? Quelle en serait l'influence sur le taux de capacité de travail ?
 - n. Quel est votre pronostic ?
 - o. Faire toute remarque ou suggestion utile.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
5. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le