

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4512/2008

ATAS/931/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 9 juillet 2009

En la cause

Madame E _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître TROILLET MAXWELL
Anne

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Monique STOLLER
FÜLLEMANN et Teresa SOARES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 2 juillet 2004, E_____ (née en 1981), de nationalité suisse, au bénéfice d'un CFC d'employée postale, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OCAI). A l'appui de celle-ci, elle a exposé se trouver en incapacité de travail complète depuis le 26 mars 2004, en raison de douleurs dorsales, et avoir dû quitter son emploi à la poste à cause de son mal de dos et d'une dépression.

2. Procédant à l'instruction de la cause, l'OCAI a recueilli les documents suivants :
 - un rapport d'IRM du 27 mai 2004 attestant un status après discotomie L4-L5 et L5-S1 gauche le 20 novembre 2003 ; une dégénérescence discale étagée avec discopathie en L3-L4 ; une hernie discale en L3-L4 ; protrusion discale en L4-L5 avec remaniement fibreux dans la partie latérale du fourreau dural englobant la racine L5 gauche ; une récurrence d'hernie discale L5-S1 de localisation paramédiane gauche, entrant en conflit avec la racine S1 gauche ; un œdème intra-spongieux au niveau des plateaux vertébraux de L5-S1.

 - un questionnaire pour l'employeur du 17 août 2004, complété le 17 février 2005, attestant que l'assurée avait travaillé comme « collaboratrice » (au service logistique) à La Poste Suisse, du 9 août 1999 au 31 mars 2003 (date pour laquelle elle avait donné son congé), à raison de 42 heures par semaine. Au 1^{er} janvier 2004, le salaire aurait été de 55'980 fr. par an. Entre 2001 et jusqu'au 31 mars 2003, elle avait alterné les périodes d'incapacité de travail de 50% à 100% (dont une incapacité totale du 30 mai 2002 au 28 juillet 2002, puis du 6 août 2002 au 31 mars 2003).

 - un rapport du Dr L_____ (neurochirurgien traitant depuis le 12 août 2002), du 26 août 2004, diagnostiquant une hernie discale L4-5 et L5-S gauche depuis le printemps 2002, opérée en novembre 2003, et une récurrence « démontrée par IRM », depuis mai 2004. L'incapacité de travail était totale depuis le 16 septembre 2002. L'état de santé s'était amélioré, puis réaggravé, la symptomatologie lombosciatique gauche cédant peu au traitement conservateur. Des mesures professionnelles étaient indiquées. Une nouvelle intervention paraissait prématurée, vu le jeune âge de la patiente. Le port de charges était prohibé et la position stationnaire était impossible à tenir. Une nouvelle activité adaptée était exigible (taux non précisé). Un stage d'observation pouvait être utile pour déterminer dans quelle mesure cette activité pourrait être exercée.

 - un rapport de la Dresse V_____ (rhumatologue traitante dès le 22 septembre 2004), du 3 février 2005, complété le 9 mai suivant, posant le diagnostic de lombosciatalgies chroniques sur status postopératoire avec récurrence de hernie et fibrose épurale ; sciatalgies à répétition, depuis début 2003. Il

n'existait pas de troubles statiques, ni de trouble de sciatalgie vraie, ni de déficit résiduel sur le plan neurologique ; la mobilité du rachis était normale. Dès février 2004, il y avait eu une réapparition des lombalgies, ainsi que des sciatalgies, dès mai 2004. L'état de santé était stationnaire. Le pronostic était mauvais concernant les problèmes lombaires et neurologiques des membres inférieurs. Une nouvelle intervention chirurgicale était à éviter autant que possible en présence d'une fibrose épidurale. La patiente était traitée par anti-inflammatoire et devait suivre une physiothérapie régulière de longue durée. Dans son ancien métier, l'incapacité était totale depuis le 22 septembre 2004. Une activité adaptée (par exemple en rapport avec des animaux) était exigible, au début à 50%, avec les limitations fonctionnelles suivantes : sans flexions, ni mouvements répétitifs, ni port de charges supérieures à 3 kg, ni positions prolongées (plus d'une heure), ni inclinaison du buste ou travail en hauteur.

3. Dans un avis du 9 août 2005, le Service médical régional de l'AI (SMR) (Dr M_____) a estimé que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée devrait être proche de la norme, malgré les constatations de l'IRM du 27 mai 2004. Supposant en outre que des facteurs non organiques étaient en jeu, ce médecin a préconisé un examen SMR bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).
4. Dans un rapport du 23 avril 2007 (examen du 9 février précédent), les médecins du SMR (Drs N_____, spécialisé en médecine physique et rééducation, et O_____, psychiatre) ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies gauches sur hernies discales pluri-étagées de L3 à S1, avec status après discectomie L4-L5 et L5-S1 gauche. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F 60.31). Par ailleurs, le status ostéoarticulaire révélait « une absence de mise en évidence » de signe de non-organicité selon Waddell, hormis une description hyperalgique, sans mise en évidence de signe de souffrance ou d'épargne ; au niveau lombaire, il existait un déconditionnement musculaire manifeste. Dans leur appréciation consensuelle du cas, ces médecins ont retenu que l'assurée présentait un trouble dégénératif avancé du rachis lombaire pour son jeune âge. La symptomatologie algique actuelle était « plutôt compatible » avec des rachialgies de désafférentation, qu'avec un trouble de type irritatif (radiculopathie irritative). Les examens complémentaires réalisés avaient confirmé la présence d'une fibrose postopératoire, associée à une récurrence de hernie discale L5-S1, sans mise en évidence de phénomène compressif net. En outre, il n'existait aucune limitation sur le plan psychiatrique. Dans ces conditions, l'activité habituelle de postière n'était plus exigible. L'assurée présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 7.5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de ½ heures à ¾ d'heure, sans possibilité de varier la position assis-debout, pas de position debout au-delà de 5 à 10 minutes, diminution du périmètre de marche à environ une heure, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis à répétition contre-résistance, pas d'exposition à des

machines provoquant des vibrations de 5 Hertz ou plus. De façon globale, était recommandée une activité plutôt sédentaire, permettant les variations de position et évitant strictement les positions statiques sur place avec piétinement. Par ailleurs, le SMR a confirmé les incapacités partielles ou totales de travail attestées médicalement jusqu'au 31 mars 2003. Au-delà de cette date, l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle, puis une période d'incapacité à 100% depuis novembre 2003 à avril 2004. Depuis lors, dans l'ancienne activité, la capacité de travail exigible était nulle ; dans une activité adaptée, elle était de 80% (ie : 100%, avec une diminution de rendement de 20%).

5. Dans un avis du 25 mai 2007, le SMR (Dresse P_____) s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a préconisé la mise en place de mesures professionnelles adaptées. Il a par ailleurs retenu que, sur le plan psychique, l'assurée ne présentait pas de majoration des symptômes, ni de troubles douloureux chroniques. Elle présentait un trouble de la personnalité de type borderline qui n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail, celui-ci n'étant pas décompensé.
6. Un rapport d'IRM lombaire du 19 septembre 2007 a mis en particulier en évidence, une ostéophytose foraminale gauche L5-S1 et une discopathie « sévère » L5-S1.
7. Dans un courrier du 25 septembre 2007, le Dr L_____ a indiqué que les segments 4-5 et 5-1 qui avaient été opérés à l'époque ne présentaient pas de signe de récurrence. En revanche, il y avait un œdème inflammatoire important L5-S1 en miroir intra-vertébral. Selon le praticien, « tout ceci expliquait bien le tableau clinique ».
8. Du 10 décembre 2007 au 16 mars 2008, un stage d'orientation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle (CIP) a été organisé par l'OCAI, afin de pouvoir cibler les activités respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée et d'évaluer les rendements exigibles.
9. Selon le rapport du CIP du 7 mars 2008, ledit stage a été interrompu le 24 février précédent, en raison d'une incapacité totale de travail de l'assurée depuis le 10 janvier 2008. Après 17 jours d'observation, les maîtres de stage avaient constaté que celle-ci tenait mal la position de travail assise et se plaignait régulièrement de douleurs au dos. Une mesure de réentraînement à l'effort serait indispensable avant toute poursuite de l'orientation, pour se rapprocher des 80% de rendement exigibles. Toutes les contre-indications médicales étaient « valables ». L'assurée était peu plaintive, mais souvent démonstrative. Elle avait argumenté l'impossibilité de travailler à 100% (mais uniquement à 50%), compte tenu de l'aggravation de ses douleurs durant la journée et du fait qu'elle vivait seule, avait beaucoup de travail à la maison (ménage, etc.) et devait beaucoup se reposer en restant souvent couchée. Selon eux, ses capacités physiques n'étaient pas compatibles avec une activité

professionnelle à plein temps ou une formation dans le circuit normal. Une période de réentraînement au travail, à mi-temps, devrait lui permettre de mieux gérer ses problèmes. L'assurée ne souhaitait pas faire une formation de type tertiaire. Elle s'était efforcée, malgré ses douleurs, de maintenir une cohérence entre un discours positif et ses actes dans le but de fournir les meilleures prestations possibles. Ses capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient compatibles avec une formation pratique en entreprise. L'orientation devrait se faire dans un secteur industriel léger avec un essai prioritaire en horlogerie.

10. Dans un rapport du 24 avril 2008, le Dr Q_____, généraliste traitant depuis le 7 février 2000, a diagnostiqué une hernie discale L3-L4, L4-L5, LS-S1 existant depuis 1999. Ce médecin a également précisé que le stage au CIP avait dû rapidement être interrompu en raison de l'exacerbation majeure des douleurs. Le pronostic était réservé. Dans la dernière activité, l'incapacité de travail était totale depuis le 30 mai 2003, vu « l'incapacité de porter ». La patiente ne pouvait pas rester dans la même position. Des mesures médicales n'étaient pas indiquées. La patiente souhaitait un travail à 50% sans effort physique et avec la possibilité de changer souvent de position, car elle ne voulait pas être une charge pour la société, mais estimait ne pas pouvoir faire d'avantage.
11. Dans un avis du 23 mai 2008, le SMR (Dr R_____), après avoir consulté le Dr N_____, a estimé qu'il n'y avait pas lieu de modifier l'appréciation du rapport d'examen rhumatologique du 9 février 2007 (recte : 23 avril 2007).
12. Dans son rapport final du 26 mai 2008, le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a fixé à 30,6% le taux d'invalidité présenté par l'assurée, compte tenu en particulier d'un revenu sans invalidité de 55'980 fr. et d'un revenu avec invalidité de 38'868 fr. (ESS 2004), sans réduction, « vu la baisse de rendement admise » (20%). Il a en outre estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, dans la mesure où l'intéressée ne partageait pas l'avis du SMR quant à l'exigibilité d'une activité de remplacement à 100%, avec une baisse de rendement de 20%.
13. Dans un projet de décision du 30 mai 2008, l'OCAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une demi-rente limitée dans le temps du 1^{er} juillet 2003 au 31 janvier 2004 (fin du délai d'attente : 30 mai 2003), ainsi qu'une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} février au 30 juin 2004 (consécutives à une capacité de travail nulle dans toute activité, dès le 1^{er} novembre 2003 et à une amélioration de l'état de santé, dès le 1^{er} avril 2004).

En particulier, l'administration a constaté, d'une part, que l'assurée avait subi une aggravation de son état de santé après une période de trois mois (art. 88 a al. 2 PA), soit au 1^{er} février 2004, et, d'autre part, que son état de santé s'était amélioré dès le

1^{er} juillet 2004, soit après la période de trois mois minimale prescrite par l'art. 88a al. 1 RAI.

14. L'assurée ne s'étant pas déterminée dans le délai imparti à cet effet, l'OCAI a confirmé sa position, par décision du 4 novembre 2008 (expédiée le lendemain, sous pli « B »), reçue, selon l'assurée, le 12 novembre suivant.
15. Par recours déposé le 9 décembre 2008, l'assurée a en particulier conclu à l'annulation de ladite décision, à la constatation qu'elle avait droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2003 au 30 juin 2004, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juillet 2004. Préalablement, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire médicale. En substance, elle a contesté que son état de santé se fût amélioré depuis le 1^{er} avril 2004 et a dénié toute valeur probante à l'expertise du SMR effectuée le 9 février 2007. De plus, elle avait dû interrompre prématurément son stage auprès du CIP à cause de ses problèmes de santé. D'ailleurs, le rapport d'observation professionnelle du 27 février 2008 mentionnait clairement que ses capacités physiques n'étaient pas compatibles avec une activité professionnelle à plein temps. Selon elle, sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 0% ou de 50% au maximum.

A l'appui de son recours, elle a produit les documents suivants :

- un courrier du Dr L_____ du 25 novembre 2008, attestant que sa patiente était incapable de travailler à 100%, et ce même dans une activité adaptée. Elle nécessitait en outre « sûrement » une nouvelle chirurgie et plusieurs confrères neurochirurgiens discutaient de la meilleure proposition thérapeutique.
 - un courrier du Dr Q_____ du 22 août 2008, selon lequel l'exacerbation des douleurs était déclenchée par des efforts minimes et par le maintien d'une position déterminée pendant une durée supérieure à 30 minutes. Pour avoir observé, à son insu, dans la rue, que la patiente avec une démarche antalgique, ce praticien estimait que son handicap était réel.
 - un courrier du Dr Q_____ du 4 décembre 2008, indiquant que l'on pouvait « espérer » une capacité de travail à 50% dans un travail adapté. Il n'y avait pas eu de récurrence d'hernie discale suite à l'intervention de novembre 2003, mais un œdème inflammatoire important en L5-S1 qui expliquait les douleurs résiduelles persistantes. Vu la persistance des symptômes depuis novembre 2003, les limitations fonctionnelles devaient être considérées comme définitives.
16. Par envoi du 5 janvier 2009, la recourante a encore versé au dossier un courrier du Dr S_____, spécialiste en neurologie, du 19 décembre 2008, attestant que la patiente souffrait d'un syndrome résiduel douloureux après double hernie discale lombaire opérée en 2003. Lors d'une consultation du 4 décembre 2008, une très nette exacerbation des douleurs au Valsava avait été signalée (même le fait de se

moucher augmentait les douleurs lombaires). Elle était entièrement incapable de travailler dans une profession adaptée. Ce praticien s'est en outre déclaré surpris de l'évolution des prises de position successives de l'AI (octroi d'une demi rente du 1^{er} juillet 2003 au 31 janvier 2004, d'une rente entière du 1^{er} février au 30 juin 2004 et refus de toute rente postérieurement à cette date), alors que les indicateurs de conditions neurologique ne reflétaient aucune amélioration. L'examen EMG avait permis, comme les précédents, de retrouver des signes de dénervation bilatéraux, de distribution biradiculaire L4 et L5, sans prédominance droite ou gauche certaine.

17. Dans sa réponse du 18 février 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Selon lui, le rapport d'expertise bidisciplinaire effectuée au SMR revêtait pleine valeur probante. En outre, l'intéressée ne pouvait tirer aucun argument du stage d'observation professionnelle, qui n'avait finalement comporté que 17 jours d'observation, et était de ce fait insuffisant pour « fonder des conclusions », ce d'autant que, selon la jurisprudence (ATFA du 6 septembre 2006, I 145/06), il ne convenait pas d'accorder une importance décisive au rendement observé au cours d'un stage, lequel dépendait aussi des efforts de volonté que l'intéressé était prêt à fournir en vue du succès de la mesure, par rapport aux informations médicales objectives ; de toute façon, ledit stage était d'emblée voué à l'échec, au vu des déclarations de l'assurée et de l'attitude démonstrative que celle-ci avait alors manifestée.

Cet Office s'est également prévalu d'un avis du SMR du 27 janvier 2009 (Dr T_____, spécialisé en médecine interne). Après avoir rappelé qu'en l'espèce une diminution de rendement de 20% avait été motivée par la persistance d'un syndrome algique, ce praticien a relevé que la patiente s'était présentée comme hyperalgique lors de l'examen SMR (du 7 février 2007), sans que l'on puisse mettre en évidence de signe de souffrance ou d'épargne. Considérant l'aspect « démonstratif » observé lors de la réadaptation, le seul élément pouvant évoquer une aggravation était subjectif et concernait le syndrome douloureux pour lequel on avait, lors dudit examen, considéré une baisse de rendement de 20 %. De fait, il n'y avait aucun élément objectif pour une aggravation, les thérapeutes s'exprimant au surplus de manière contradictoire sur la capacité de travail résiduelle de leur patiente.

18. Dans sa réplique du 27 avril 2009 (communiquée pour information à l'OCAI), la recourante a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Elle a en outre souligné que l'expertise des Drs N_____ et O_____ avait été réalisée près de trois ans après la prétendue amélioration de son état de santé survenue en avril 2004, sans que ces médecins n'aient pas ailleurs expliqué leur appréciation à cet égard, ni même donné les raisons pour lesquelles ils s'étaient écartés des avis contraires des médecins traitants.

19. Les autres faits et moyens de la cause seront examinés, si nécessaire, dans les considérants qui suivent.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 no U 288 p. 444 consid. 2b et les références). En l'occurrence, l'OCAI, qui a notifié sa décision sous pli simple, n'a pas apporté la preuve de la date de notification de celle-ci, de sorte qu'il faut admettre que l'assurée a reçu la décision attaquée le 12 novembre 2008, comme elle l'affirme, - ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par l'office intimé.

Interjeté ainsi en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assurée directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2004 ; plus particulièrement, il s'agit de savoir si son invalidité s'est modifiée depuis le 1er avril 2004, de telle manière que le droit à la rente puisse être supprimé à compter du 1er juillet suivant.
4. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343

consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b).

5. Par ailleurs, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 sv. 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).

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

6. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

- 6.1 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects

médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

- 6.2 En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, 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 le principe 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 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, 1989 n° K 809 p. 206). A 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 (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3).

7. Dans la décision litigieuse, l'OCAI a insisté sur le fait que la recourante est apte à exercer une activité adaptée à plein temps, dès avril 2004, en faisant totalement abstraction des règles sur la révision, comme s'il s'agissait de se prononcer pour la première fois sur le droit à la rente. En effet, son analyse ne porte que sur les circonstances médicales prévalant au moment de l'établissement des rapports du SMR (plus particulièrement l'expertise bidisciplinaire effectuée le 27 février 2007), sans déterminer si des modifications de l'état de santé de l'intéressée, par rapport à celui existant au moment supposé de la naissance du droit (au 1^{er} juillet 2003, pour la demi-rente, respectivement le 1^{er} février 2004 pour la rente entière), justifiaient la suppression de toute rente. Cela ne suffit toutefois pas pour justifier une révision du droit à la rente (comp. ATF non publié du 12 mars 2009, 9C_391/2008, consid. 3.1). En effet, il appartenait bien plutôt à l'administration de démontrer un changement de circonstances, au sens où l'entend l'art. 17 LPGA précité (cf. consid. 4 supra).

Or, en l'espèce, force est de constater qu'il n'est pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b), que l'état de santé de l'assurée se serait notablement amélioré à partir du 1^{er} avril 2004.

En particulier, on relèvera que le rapport d'expertise bidisciplinaire du 23 avril 2007 n'est pas entièrement concluant, dans la mesure où il ne contient aucune motivation permettant de comprendre pour quel motif l'assurée aurait recouvré sans autre une pleine capacité de travail (avec un rendement diminué de 20%), dans une activité adaptée, dès avril 2004. Certes, dans son avis du 27 janvier 2009, le Dr T_____ (SMR), qui n'est d'ailleurs ni rhumatologue, ni psychiatre, se fonde sur le rapport du CIP du 7 mars 2008, a invoqué un prétendu comportement démonstratif de la part l'assurée. Toutefois, et indépendamment du fait que cet élément ne permet pas encore d'affirmer que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail en avril 2004 (date supposée de l'amélioration de son état de santé), il faut rappeler que pour utiles qu'elles soient, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 261 consid. 4). Or, en l'occurrence, non seulement la démonstrativité opposée à l'assurée n'a pas été dûment corroborée par des observations médicales, mais encore, le SMR, dans son avis du 25 mai 2007, était parvenu à une conclusion apparemment contraire, en relevant que, sur le plan psychique, l'assurée ne présentait pas de majoration des symptômes. Au demeurant, nonobstant le caractère prétendument démonstratif des plaintes qu'ils ont relevé chez l'assurée, les maîtres de stages ont quand même estimé que celle-ci ne disposait pas d'une capacité de travail supérieure à 50% dans une activité adaptée.

Quant à l'argument du Dr T_____, selon lequel la patiente s'était présentée comme hyperalgique lors de l'examen SMR (du 27 février 2007), sans que l'on puisse mettre en évidence de signe de souffrance ou d'épargne, il n'apparaît pas convaincant. En effet, dans son rapport d'expertise du 23 avril 2007, le Dr N_____ (qui ne semble du reste pas être spécialisé en rhumatologie, contrairement à ce qu'avait pourtant expressément préconisé le SMR dans son avis du 9 août 2005) a fait uniquement état d'une « description hyperalgique » (par l'assurée) (rapport, p. 5). De plus, ce médecin a constaté qu'il existait, au niveau lombaire, un « déconditionnement musculaire manifeste », ce qui peut a priori être interprété comme un signe d'épargne. Surtout, le Dr N_____ est resté vague sur les causes exactes de la symptomatologie algique actuelle, se limitant à affirmer que celle-ci était « plutôt compatible » avec des rachialgies de désafférentation (sans autre explication) qu'avec un trouble de type irritatif (radiculopathie irritative) et que « les examens complémentaires » (sans autre précision) réalisés avaient confirmé la présence d'une fibrose postopératoire, associée à une récurrence de hernie discale L5-S1, sans mise en évidence de phénomène compressif net (cf. ci-dessus, § 7). On précisera à cet égard que, dans le cadre de leur expertise, les spécialistes du SMR n'ont apparemment pas disposé de radiographies postérieures au 10 décembre 2005 (cf. rapport, p. 6).

Il en va de même de la récurrence de hernie discale L5-S1 de localisation paramédiane gauche, entrant en conflit avec la racine S1 gauche, et plus particulièrement de l'œdème intra-spongieux au niveau des plateaux vertébraux de L5-S1, attestés par l'IRM effectuée le 26 mai 2004. En effet, dans le rapport d'expertise du 23 avril 2007, sous la rubrique « dossier radiologique », le résumé du contenu de l'IRM effectuée le 26 mai 2005 (recte : 2004) ne fait pas état de l'œdème en question (alors qu'il était mentionné dans les IRM lombaires pratiqués les 21 mai et 16 octobre 2003, soit antérieurement à l'intervention chirurgicale du 20 novembre 2003 qui visait notamment à remédier à cette situation). Or, tant le Dr L_____ (courrier du 25 septembre 2007) que le Dr Q_____ (courrier du 4 décembre 2008) ont souligné, sans être contredits, que ledit œdème, qualifié par le premier « d'œdème inflammatoire important », expliquait les douleurs résiduelles persistantes. Enfin, s'agissant des limitations fonctionnelles de l'assurée, il existe une contradiction entre les conclusions du Dr U_____, qui préconise « plutôt une activité sédentaire », et les observations des maîtres de stage du CIP du 7 mars 2008, qui ont constaté que l'intéressée tenait mal la position de travail assise.

Enfin, faute de motivation suffisante, l'avis du SMR du 9 août 2005 (Dr M_____) est dénué de toute valeur probante, puisqu'il se limite à estimer, sans autre motivation, que « la capacité de travail exigible dans une activité adaptée devrait être proche de la norme, malgré les constatations de l'IRM du 27 mai 2004 ».

Par ailleurs, dans son avis du 27 janvier 2009, le SMR n'a pas davantage analysé l'IRM du 19 septembre 2007 – effectué postérieurement au rapport d'expertise du 23 avril 2007 -, laquelle a mis en évidence, une ostéophytose foraminale gauche L5-S1 et une discopathie « sévère » L5-S1 – tous éléments ne permettant pas de rendre vraisemblable, à tout le moins, une amélioration de l'état de l'assurée depuis le 1^{er} avril 2004. A cet égard, le SMR s'était limité à indiquer, dans son précédent avis du 23 mai 2008, qu'il avait consulté le Dr N_____, lequel avait estimé, sans autre motivation, « qu'il n'y avait pas lieu de modifier l'appréciation du rapport d'examen rhumatologique du 9 février 2007 » (recte : 23 avril 2007).

Enfin, on notera, même si ce n'est pas déterminant en l'espèce (la recourante n'ayant pas contesté le degré d'invalidité retenu par l'OCAI pour la période du 1^{er} juillet 2003 au 31 janvier 2004) que les spécialistes du SMR n'ont pas motivé leur avis selon lequel la capacité de travail dans l'ancienne activité était de 50% dans les six mois ayant précédé l'opération (avril à novembre 2003), alors que l'assurée était totalement empêchée de travailler depuis le 30 mai 2002 déjà (hormis du 29 juillet au 5 août 2002, à 50%), ce qui l'avait d'ailleurs contrainte à donner son congé pour le 31 mars 2003.

- 7.1 Dun autre côté, si les avis des médecins traitants sont unanimes pour reconnaître que la patiente ne dispose pas, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail résiduelle supérieure à 50% en tout cas, leur avis divergent cependant quant à la question de savoir si l'assurée présente, depuis le 1^{er} avril 2004, une incapacité de travail complète dans toute activité.
- 7.2 Dans ces conditions, on ne saurait admettre, en l'absence d'une indication claire des faits établis, une modification de l'état de santé de la recourante propre à justifier une suppression pure et simple de son droit à une rente (totale ou partielle). L'absence d'indication convaincante, par le SMR, sur l'évolution de l'état de santé de l'intéressée après le 1^{er} avril 2004 semble ainsi mettre en doute le bien-fondé de l'octroi de la rente litigieuse pour une période limitée.

Il y a dès lors lieu d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure afin qu'elle complète le dossier en organisant notamment une expertise bidisciplinaire de l'assurée (rhumatologique et orthopédique), auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), expertise visant en particulier à déterminer si l'état de santé, respectivement la capacité de travail de la recourante, a subi un changement significatif dès avril 2004, puis statue à nouveau sur son droit éventuel à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2004.

8. A toutes utiles, on relèvera encore que c'est à tort que l'OCAI n'a pas procédé à un abaissement du salaire statistique d'invalidé en l'espèce, au seul motif qu'il avait déjà été tenu compte d'une baisse de rendement dans la fixation du taux de capacité de travail résiduelle. En effet, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des

statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79). Or, les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressée constituaient manifestement un critère objectif dont l'office intimé aurait dû prendre compte dans ce contexte (comp. ATF non publié du 27 mai 2009, 9C_963/2008, consid. 3).

9. Le recours étant partiellement admis, la recourante, représentée par une avocate, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).
10. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :z

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 4 novembre 2008 en tant qu'elle a supprimé la rente entière d'invalidité dès le 30 juin 2004.
3. Renvoie la cause audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;
4. Dit que l'intimé versera à la recourante 2'500 fr. à titre de dépens ;
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé ;
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); 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

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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