

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/852/2009

ATAS/740/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 16 juin 2009**

En la cause

Madame D\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BLANC Damien

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; , Christine BULLIARD MANGILI et Bertrand  
REICH, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Le 1<sup>er</sup> décembre 2003, Madame D\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante) a adressé une demande de prestations, sous forme d'une rente, à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé).
2. Par lettres des 9 et 15 décembre 2003, l'Hospice général a notamment informé l'OCAI qu'il versait des prestations sous forme du revenu minimum cantonal d'aide sociale à la recourante depuis le 5 décembre précédent et qu'il lui verserait des prestations d'assistance à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.
3. Selon un rapport médical daté du 16 février 2004, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assurée, a diagnostiqué une lombalgie basse et une paresthésie dans les membres inférieurs de sa patiente, et attesté une incapacité totale de travailler depuis le 20 février suivant. Le praticien précisait que l'assurée se plaignait depuis deux ans de lombalgie basse accompagnée de paresthésies et de douleurs dans les deux jambes. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 6 juin 2002 montrait une hernie discale postéro-latérale L4-L5 mais sans conflit radiculaire. La patiente avait été examinée par le docteur M\_\_\_\_\_, rhumatologue. Pour le surplus, l'assurée s'administrait de l'Algifor et du Panadol.

Au chapitre de l'évaluation de la réinsertion professionnelle ou de la demande de rente, le docteur L\_\_\_\_\_ précisait notamment que l'activité exercée jusque là par la recourante, ou toute autre activité, n'était plus exigible.

4. Audit rapport était annexé le rapport médical établi le 18 mars 2003 par le docteur M\_\_\_\_\_, dont il ressort notamment que l'assurée présentait, depuis l'époque de sa ménopause environ, une symptomatologie curieuse de paresthésies et de douleurs dans les deux jambes qui survenaient soit en position assise, soit en position debout, soit en marchant. Le trajet des paresthésies était atypique, les douleurs envahissant les pieds, comme des sortes de crampes. L'état de santé de l'assurée évoluait depuis deux ans, si bien qu'elle exerçait son activité professionnelle de manière intermittente.

Du point de vue rhumatologique, le status lombaire était parfaitement normal, les hanches avaient une mobilité parfaitement normale et la patiente était "hyper-souple" (Lasègue à 110 degrés). Sur le plan neurologique, le praticien n'avait constaté aucune anomalie, la sensibilité et la motricité avaient paru parfaitement normales, et les réflexes étaient présents et symétriques.

5. Par décision du 27 avril 2004, l'OCAI a rejeté la demande de l'assurée, motif pris du préavis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), selon lequel les atteintes à la santé décrites n'avaient pas, faute d'une limitation fonctionnelle, d'incidence sur sa capacité de travail.

6. Le 25 mai 2004, l'assurée s'est rendue à la consultation du docteur N\_\_\_\_\_, aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui a notamment constaté un discret effacement de la lordose lombaire et des contractures paralombaires, sensibles à la palpation. La rotation interne de la hanche gauche était en outre douloureuse, avec irradiation dans l'aîne, mais sans limitation manifeste. Le praticien a retenu les diagnostics de lombo-cruralgies chroniques non déficitaires et une probable coxarthrose gauche, et ne s'est pas prononcé davantage sur la capacité de travail de l'assurée.
7. Le 9 juin 2004, l'assurée a déclaré s'opposer à la décision du 27 avril précédent.
8. Par décision du 7 octobre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition. Par lettre datée du lendemain, il a informé l'assurée qu'au vu d'une nouvelle appréciation du SMR, selon laquelle son état de santé s'était aggravé au mois de mai 2004, les conditions d'octroi d'une rente seraient réexaminées à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit en mai 2005.
9. Dans un rapport médical intermédiaire établi le 9 septembre 2005, le docteur L\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé en 2004, en raison de lombalgies basses et, depuis avril 2005, en raison d'un état dépressif, ces deux affections ayant une influence sur sa capacité de travail.

Le praticien précisait notamment qu'en juillet 2004, une IRM réalisée à la demande du docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, avait montré la présence d'une hernie discale prédominant à gauche, susceptible d'expliquer les douleurs lombaires. Pour le surplus, l'assurée suivait un traitement anti-inflammatoire et physiothérapeutique, et elle consultait un psychiatre.

10. Suite à une demande du docteur P\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCAI, le docteur L\_\_\_\_\_ a, par lettre du 25 novembre 2005, précisé que le docteur O\_\_\_\_\_ avait proposé un geste chirurgical pour soulager l'assurée ; pour sa part, le docteur Q\_\_\_\_\_, neurochirurgien, avait écarté toute solution chirurgicale et proposé une infiltration sur le disque L4-L5, que la patiente avait refusée vu le désaccord entre les spécialistes.

L'assurée souffrait toujours d'un état dépressif. Elle avait essayé de prendre contact avec plusieurs médecins psychiatres qui s'étaient à chaque fois récusés quand elle leur expliquait qu'une demande de rente d'invalidité était en cours à son sujet. Elle souffrait en outre toujours de blocages lombaires à répétition, de faiblesse au niveau des jambes et de douleurs au dos qui irradiaient jusque dans les pieds, la physiothérapie et les anti-inflammatoires ne la soulageant guère.

11. Dans un nouveau rapport intermédiaire, établi le 1<sup>er</sup> juillet 2006, le docteur L\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis janvier 2006. Celle-ci disait devoir se reposer de plus en plus souvent au cours de la

journée pour accomplir le moindre effort physique. Elle ne parvenait pas à effectuer son travail quotidien, ne parvenait plus à faire son ménage ni sa vaisselle en raison des douleurs qui la handicapait de plus en plus, et elle déprimait. Cet état de santé ne lui permettait pas d'envisager une quelconque reprise de travail.

12. Mandaté par l'OCAI, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a, sur la base d'un examen de l'assurée, du dossier constitué par l'administration, du dossier radiologique et d'une scanographie, établi un rapport d'expertise le 20 octobre 2006.

Il ressort notamment de ce document que l'assurée souffrait de lombalgies depuis 2000. L'expertisée rapportait la notion de projections douloureuses dans les membres inférieurs ou de paresthésies, mais cela n'avait jamais pu être relié à des signes objectifs tels qu'une manœuvre de Lasègue, un syndrome vertébral ou une atteinte neurologique au sens strict. Une affection vasculaire avait en outre été exclue par un examen angéiologique. Le seul élément objectivable par ailleurs était une atteinte dégénérative vertébrale lombaire minime intéressant L4-L5. C'était à ce niveau qu'en 2004 avait été constatée une petite formation herniaire de situation centrale avec une légère empreinte sur le sac méningé, mais sans contact radiculaire. À aucun moment la patiente n'avait présenté des signes cliniques objectifs à mettre en rapport avec ce constat radiologique.

Un seul élément anamnestique pouvait éventuellement faire rechercher un problème compressif : la supposée claudication neurogène. Celle-ci était toutefois décrite par l'assurée sur un ton fantaisiste et en insistant sur des détails marginaux. Cependant, l'examen de la scanographie montrait une hernie discale L4-L5 monumentale, remplissant les trois quarts du canal vertébral. De ce fait, l'expertisée devait être adressée rapidement à la consultation de la Clinique de neurochirurgie.

En l'état, l'expert retenait, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de lombalgies communes avec irradiation de type pseudo-radiculaire et claudication neurogène sur discopathie atypique L4-L5 avec volumineuse hernie médiane, spondylose et discarthrose de la jonction dorsolombaire et coxarthrose bilatérale débutante, prédominant à gauche. Pour le surplus, la situation et, en particulier la capacité de travail, devaient être réévaluées après l'intervention chirurgicale qui s'imposait.

13. Suite à une consultation de l'assurée au Service de neurochirurgie des HUG, le docteur S\_\_\_\_\_ a notamment rapporté, le 1<sup>er</sup> novembre 2006, que celle-ci présentait une sémiologie un peu atypique. A l'examen de la récente scanographie, le praticien déclarait avoir un peu de peine à voir une hernie aussi importante que celle décrite par le docteur T\_\_\_\_\_ ; il observait un rétrécissement du canal, possiblement dû à un phénomène de canal étroit ou à une hernie luxée rostralement par rapport à l'espace L4-L5. En tout état, une décompression s'avérait nécessaire, dont l'assurée acceptait le principe.

14. Par lettre du 24 novembre 2006 le docteur T\_\_\_\_\_ a, à la demande du docteur P\_\_\_\_\_, précisé son rapport d'expertise. Il exposait notamment qu'entre 2004 et 2006, on notait une importante progression de la hernie discale L4-L5. Cela ne se traduisait pas par une modification ou une aggravation brutale qu'on aurait pu mettre en rapport avec une herniation supplémentaire de matériel discal. En conséquence, il n'était pas possible de dire à quel moment, entre 2004 et 2006, cette aggravation s'était produite ; au vu du rapport établi par le docteur L\_\_\_\_\_ le 9 septembre 2005, on pouvait cependant proposer le 1<sup>er</sup> août précédent pour dater le début de l'incapacité totale de travailler.
15. L'assurée a été hospitalisée en décembre 2006. En raison d'un changement de l'heure de passage au bloc opératoire, elle a refusé l'intervention chirurgicale. En janvier 2007, l'intervention a été annulée en raison d'une sinusite.

Du compte-rendu opératoire établi suite à l'intervention chirurgicale réalisée par le docteur S\_\_\_\_\_ le 9 mars 2007, il ressort qu'une incision ciblée sur l'espace L4-L5 avait mis en évidence un espace ligamentaire relativement réduit, dont la dissection avait nécessité un prolongement de l'incision cutanée et musculaire, avec ouverture de la gaine et radicellectomie. Toutes les structures étaient libres, sans signe de compression, même à la palpation poussée assez loin en médian et au-dessus du disque L4-L5, dont la topographie était vérifiée par écran de brillance peropératoire. L'exploration s'était ainsi révélée négative.

16. Selon un rapport de consultation établi par le docteur S\_\_\_\_\_ le 16 avril 2007, l'assurée disait que les paresthésies des deux pieds s'étaient améliorées à "20%" et qu'elle n'éprouvait pas de douleurs lombaires. Le praticien concluait à une amélioration globale, restant encore des phénomènes peut-être vasculaires, peut-être neurologiques périphériques, à investiguer. Une rééducation en piscine devait en outre être prescrite par le médecin-traitant.
17. Par lettre adressée à l'OCAI le 8 juin 2007, l'assurée a sollicité la reconsidération rapide de sa situation, les éléments essentiels à une décision étant largement réunis.

A l'appui de sa requête, elle faisait notamment valoir que même si l'on trouvait quelques divergences quant à la cause réelle de son handicap dans les rapports médicaux, tous confirmaient son incapacité de fonctionner normalement. D'autre part, l'assurée déclarait rencontrer d'énormes problèmes dans son quotidien, bien que les crises aiguës se fussent estompées un peu depuis l'intervention chirurgicale. Elle n'était pas capable d'enchaîner déplacements, mouvement ou activités, un repos d'une à deux heures lui étant nécessaire entre chacun. Grâce à l'informatique, elle pouvait s'occuper, continuer à s'instruire et, surtout, récupérer physiquement en s'installant sur une chaise qu'elle avait achetée spécialement, par des positionnements spécifiques et peu habituels du corps et des jambes.

L'assurée précisait en outre qu'elle avait fait une vilaine chute en 1997, laquelle était probablement la cause de son handicap. D'une main, elle avait alors dû ramener et remettre en place sa jambe droite qui, suite au choc violent, s'était retrouvée bloquée en position opposée, insensible et sans réaction. Par la suite et pendant deux mois, elle avait été dans l'impossibilité de poser cette jambe par terre et avait dû se décaler au moyen de béquilles.

18. Par lettre du 22 août 2007, l'OCAI a mandaté le docteur U\_\_\_\_\_ aux fins de réaliser une expertise rhumatologique, convoquée à un rendez-vous fixé le 24 septembre suivant, l'assurée a produit un certificat établi le 8 septembre 2007 par le docteur L\_\_\_\_\_, qui attestait que, souffrant de claustrophobie, elle ne pouvait se déplacer ni en train, ni en voiture pour se rendre à Vevey.
19. Selon le rapport de l'expertise rhumatologique réalisée le 30 octobre 2007, le docteur V\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales atypiques et une suspicion de pathologie psychiatrique à confirmer par une expertise.

L'expertisée rapportait une histoire de vie fort compliquée et, depuis plusieurs années, des plaintes douloureuses atypiques touchant son rachis lombaire et ses membres inférieurs. Selon les différents rapports médicaux établis jusque là, il semblait qu'une volumineuse hernie discale ait été mise en évidence à certaines périodes et, suite à d'autres examens, tout au plus une petite protusion. Sur le plan clinique, il n'y avait donc rien de bien convaincant. Au total, on devait admettre que les plaintes exprimées depuis des années par l'assurée étaient pour le moins atypiques et n'avaient pas d'explication organique bien claire. En revanche, comportement et propos tenus laissaient à penser qu'elle présentait une affection psychiatrique.

L'examen réalisé conduisait à conclure que, sur le plan somatique, l'expertisée ne présentait pas de limitation fonctionnelle objective. Sur le plan social, elle présentait de toute évidence un repli important.

20. Par mandat du 27 février 2008, l'OCAI a confié au docteur W\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de dresser un rapport d'expertise.
21. À teneur de ce document, établi le 12 mai 2008 sur la base du dossier asséculogique et médical mis à sa disposition, d'entretiens accordés par l'assurée et par son médecin-traitant, ainsi que de la passation d'échelles psychopathologique (AMDP) et de ralentissement (E.D.R), le docteur W\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un cas de somations (F45.0 selon la CIM-10). Outre cela, l'expertisée, qui s'était déplacée en transports publics, présentait des tendances agoraphobiques et hypochondriaques, de même que quelques traits histrioniques et neurasthéniques, insuffisamment marqués pour justifier des diagnostics particuliers.

Selon l'expert, les conséquences asséculogiques de ces constats étaient bénignes : il n'existait pas, sur le plan purement psychiatrique, d'incapacité de travail ni de

diminution de rendement. La plus grande partie des limitations fonctionnelles était subjective et liée à des facteurs extra-médicaux, à savoir la situation sociale et financière de l'assurée notamment.

22. Par décision du 4 février 2009, faisant suite à un projet non contesté daté du 3 septembre 2008, l'OCAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière simple du 1<sup>er</sup> août 2006 au 31 juillet 2008, au motif que sa capacité de travail était nulle dès août 2005 et jusqu'au mois d'avril 2008, date à laquelle elle avait recouvré une pleine capacité de travail.
23. Par acte déposé à l'office postal le 11 mars 2009, l'assurée a interjeté recours contre ladite décision. À titre préalable, elle conclut à ce qu'une expertise portant sur son statut neurologique soit ordonnée et, principalement, à ce que la décision querellée soit annulée et son droit à une pleine et entière rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2006 reconnu. La recourante conclut en outre à l'octroi de dépens.

À l'appui de ses prétentions, elle fait en substance valoir que, bien que les expertises réalisées n'aient pas été en mesure de déterminer complètement l'origine de ses souffrances, les médecins consultés avaient établi qu'elle souffrait d'une hyperexcitabilité du système nerveux périphérique, sous la forme d'un syndrome de crampesfasciculation avec symptômes douloureux et invalidants, et d'une périarthrite de la hanche droite. Faute de disposer de tous les éléments pertinents, l'OCAI n'était pas en mesure de déterminer si elle avait encore une capacité de gain.

Sur le fond, les médecins consultés s'accordaient à dire que son état de santé s'était aggravé depuis mai 2004, ce que l'OCAI avait également admis pour justifier le versement d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2006. Or, l'intimé considère, de façon pour le moins incompréhensible, qu'elle a soudainement recouvré une pleine capacité de travail depuis avril 2008, alors même que les divers rapports médicaux et expertises ne font état d'aucune amélioration.

À l'appui de ses dires, la recourante a notamment produit un rapport médical établi le 10 octobre 2008 par le docteur A\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, aux termes duquel l'examen neurologique avait montré de nombreuses fasciculations distales au niveau des deux membres inférieurs, sans autre anomalie. Du point de vue neurologique, la recourante présentait une hyperexcitabilité du système nerveux périphérique sous forme d'un syndrome de crampe-fasciculation, avec symptômes douloureux et invalidants, distaux aux membres inférieurs. Sur l'IRM médullaire apparaissaient des troubles dégénératifs et une hernie discale L4-L5, avec contact avec les racines L4 et L5 gauche. Cette hernie n'expliquait pas les symptômes actuels et elle était probablement à l'origine des occasionnelles douleurs à type sciatique gauche, lesquelles ne constituaient pas la plainte principale actuelle. Se posait en outre la question d'une périarthrite de hanche droite, à l'origine des douleurs plus récentes de la face externe de la cuisse et de la jambe.

24. Par lettre du 12 mars 2009, le Tribunal de céans a invité l'intimé à lui faire parvenir sa réponse dans un délai échéant le 23 avril suivant. Il a en outre sollicité la preuve de la date de notification à l'assurée de la décision du 4 février 2009. Par lettre du 7 avril 2009, l'OCAI a répondu que, dès lors que la décision avait été adressée à la recourante par pli simple, il ne disposait pas d'un récépissé postal.
25. Par lettre adressée au Tribunal le 23 avril 2009, l'intimé a déclaré conclure au rejet du recours.

Il fait notamment valoir que la recourante conteste essentiellement l'appréciation médicale réalisée. Or, les rapports d'expertise des 9 novembre 2007 et 12 mai 2008, dont la valeur probante n'est pas contestable, concluent à une pleine capacité de travail, tant sur le plan somatique que psychique, laquelle était exigible depuis la date de l'expertise psychiatrique.

Annexé à ses écritures, l'OCAI a produit un avis médical établi le 7 avril précédent par le docteur B\_\_\_\_\_, du SMR, dont il ressort notamment ce qui suit. La recourante faisait valoir que ses fasciculations se déclenchaient après cinq à dix minutes et l'empêchaient de rester dans la même position ; ce fait n'avait pas été relevé par le docteur V\_\_\_\_\_, ni par le docteur W\_\_\_\_\_. Il apparaissait donc que le fait que la recourante ait des impatiences motrices des membres inférieurs ne l'empêchait nullement de travailler puisqu'elle avait pu rester assise pendant toute la durée de l'entretien avec ce dernier praticien, soit pendant deux heures et quart. D'ailleurs, ni le docteur C\_\_\_\_\_ ni le docteur A\_\_\_\_\_ attestaient une incapacité de travail, et l'IRM ne montrait ni compression ni lésion médullaires visibles et le bilan biologique était sans anomalie notable.

26. Par lettre du 30 avril 2009, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.
27. Le 19 mai 2009, le Tribunal a délibéré en sa composition régulière et décidé de réformer la décision attaquée au détriment de la recourante (*reformatio in pejus*). Il en a informé celle-ci par lettre du lendemain, lui fixant un délai échéant le 5 juin 2009 pour faire part de ses observations ou pour retirer son recours.
28. Par pli du 4 juin 2009, la recourante a produit copie d'un certificat médical établi le 2 juin précédent par le docteur A\_\_\_\_\_, qui attestait qu'elle souffre, sur le plan neurologique, d'un syndrome de crampe-fasciculation, dont les symptômes sont extrêmement douloureux et invalidants. Elle faisait en outre valoir que l'OCAI avait fondé sa décision sur des expertises rhumatologiques et psychiatriques uniquement, de sorte qu'il était nécessaire d'ordonner une expertise neurologique pour que le dossier puisse être considéré comme complet et qu'une décision puisse être prise valablement. Elle déclarait par conséquent persister dans les conclusions de son recours.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

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 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par ce principe.

3. Conformément à l'art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) 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 du 5 mai 2008 non publié au Recueil officiel, 8C\_621/2007, consid. 4.2).

Dans le cas d'espèce, la décision du 4 février 2009 ayant été adressée par pli simple et notifiée à la recourante à une date que l'intimé n'a pas été en mesure de préciser, le recours déposé à l'office postal le 11 mai 2009 conformément à l'art. 39 al. 1<sup>er</sup> LPGA devra, au vu de ce qui précède, être déclaré recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2006. Préalablement, elle sollicite la réalisation d'une expertise neurologique.
5. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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. Si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, il est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a).

En l'espèce, il est apparu d'emblée que le présent litige porte moins sur les faits que sur l'appréciation juridique de leurs conséquences. Soumis au principe de célérité et considérant, au vu notamment du rapport d'expertise établi le 20 octobre 2006 par le docteur T\_\_\_\_\_, neurochirurgien, que des enquêtes supplémentaires seraient impropres à compléter les éléments mis à sa disposition par les parties, le Tribunal de céans a renoncé aux mesures probatoires requises, et gardé la cause à juger à réception de la réponse de l'intimé.

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LGPA (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).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances 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 qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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 371 consid. 2b et 390 consid. 1b).

L'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, prévoit que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1<sup>er</sup> LGPA et 4 al. 1<sup>er</sup> LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LGPA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 272 consid. 4a).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens des dispositions précitées, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, dont pas comme des affectations 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. Il faut donc rétablir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causé par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative suffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

Le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* : VSI 2000 p. 155 consid. 3).

7. Pour procéder à l'évaluation du taux d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable 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, 115 V 134 consid. 2).

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 rente. 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. 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF précité, consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon son 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 lui (ATF précité, consid. 3b/bb et cc).

8. En l'espèce, les avis médicaux des docteurs M\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_, rhumatologues, des docteurs T\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, neurologues, du docteur W\_\_\_\_\_, psychiatre, et du docteur L\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, diffèrent quelque peu quant aux conclusions auxquels ils aboutissent, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs avant d'en tirer les conséquences diagnostiques au regard du principe de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales.

Sur le plan somatique, l'expertise conduite par le docteur V\_\_\_\_\_ se fonde sur des examens cliniques étendus, sur une anamnèse complète, les plaintes exprimées par l'assuré lors de la consultation étant prises en considération, et sur une description précise des interférences médicales, de sorte que la diagnostic posé, qui comprend des lombosciatalgies bilatérales atypiques sans influence sur la capacité de travail de la recourante est cohérent et digne de foi.

Tel n'est pas pleinement le cas de l'expertise neurologique réalisée par le docteur T\_\_\_\_\_, dont le diagnostic comprend lombalgies communes avec irradiation de type pseudo-radiculaire et claudication neurogène sur discopathie atypique L4-L5 avec volumineuse hernie médiane, spondylose et discarthrose de la jonction dorsolombaire et coxarthrose bilatérale débutante. Il apparaît en effet que l'intervention chirurgicale pratiquée par la suite par le docteur S\_\_\_\_\_ a eu pour conséquence d'écarter l'existence de la "monumentale" hernie discale diagnostiquée, de sorte que les conclusions de l'expertise relative aux répercussions d'une compression médullaire sur la capacité de travail de l'assurée sont pour le moins sujette à caution. Il suit de là que l'expertise du docteur D\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une moindre valeur probante. Cette constatation n'a cependant pas de portée décisive puisque, en tout état, l'expert réservait d'ores et déjà la réévaluation de la capacité de travail du recourant après l'intervention chirurgicale qui s'imposait.

Pour le reste, il apparaît que les avis médicaux du docteur A\_\_\_\_\_ n'ont pas été établis sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes. En particulier, cette praticienne n'a pas précisé en quoi les constatations objectives et subjectives recueillies devaient avoir pour conséquence, pour la recourante, une incapacité totale d'exercer quelque activité que ce soit. Au demeurant, le docteur A\_\_\_\_\_ s'est bornée à affirmer que la recourante présentait une hyperexcitabilité du système nerveux périphérique sous forme d'un syndrome de crampe-fasciculation "dont les symptômes sont extrêmement douloureux et invalidants", sans se prononcer le moins du monde sur les limitations fonctionnelles concrètes ainsi engendrées ou sur les mesures thérapeutiques ou professionnelles concrètes envisageables. Force est de constater que l'incapacité totale de gain à laquelle semble conclure cette praticienne n'est pas motivée à satisfaction de droit.

À ce propos, le SMR a d'ailleurs expliqué que les impatiences motrices des membres inférieurs de la recourante n'empêchaient nullement celle-ci de travailler, ce qu'aucun avis médical dûment motivé ne contestait.

D'autre part, il n'apparaît pas que le docteur L\_\_\_\_\_ ait procédé à l'étude fouillée, sur la base d'examens complets, requise par la jurisprudence rappelée plus haut, pour fonder un avis revêtu d'une force probante suffisante. En outre, il y a lieu de tenir compte du fait qu'en sa qualité de médecin traitant de la recourante, ce praticien a tissé une relation de confiance étroite avec celle-ci, susceptible d'influencer sensiblement le contenu de ses propos. Le certificat qu'il a établi le 8 septembre 2007, par lequel il attestait la claustrophobie de sa patiente pour justifier le fait qu'elle ne pouvait se déplacer ni en train ni en voiture pour se rendre à l'examen d'expertise rhumatologique, alors qu'elle dispose d'un permis de conduite en vigueur et emprunte les transports publics urbains (cf. l'expertise rapportée le 12 mai 2008 par le docteur W\_\_\_\_\_), tend par exemple à confirmer cette influence.

Partant, il convient de faire prévaloir l'avis médical exprimé par le docteur V\_\_\_\_\_ au terme de son expertise rhumatologique, dont les conclusions sont confirmées par le SMR et selon lequel, sur ce plan, la capacité de travail de la recourante n'était pas restreinte par aucune limitation fonctionnelle objective.

Sur le plan psychique, le rapport d'expertise du docteur W\_\_\_\_\_ montre que ce praticien a procédé à un examen objectif de la situation personnelle et médicale de la recourante, qu'il a rapporté les constatations qu'il avait faites de façon neutre et circonstanciée, et les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et des tests psychopathologiques pertinents. Il convient par conséquent de lui accorder pleine valeur probante.

Selon ce praticien, il ressort de l'anamnèse, de l'examen clinique, de l'étude du dossier et des rapports médicaux que la recourante présente un cas de somatisation, des tendances agoraphobiques et hypochondriaques, de même que quelques traits histrioniques et neurasthéniques. Ces symptômes, insuffisamment marqués pour justifier un diagnostic particulier, ne permettent cependant pas de conclure, sur le plan psychiatrique, à une incapacité de travail ou à une diminution de rendement, la plus grande partie des limitations fonctionnelles étant subjective et liée à des facteurs extra-médicaux, à savoir la situation sociale et financière de la recourante.

9. En vertu des art. 61 let. d et 89E LPA, le Tribunal cantonal des assurances sociales peut, indépendamment des conclusions des parties, réformer la décision attaquée en faveur ou au détriment du recourant. Il doit préalablement donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Selon la jurisprudence constante, lorsqu'une autorité envisage de procéder sur recours à une *reformatio in pejus* de la décision attaquée, elle est tenue d'avertir le recourant de son intention et doit lui

donner l'occasion de s'exprimer ou de retirer son recours (ATF 122 V 167 consid. 2a et les arrêts cités).

En l'espèce, force est de constater que la recourante n'a jamais présenté d'affections physiques ou d'anomalies psychiques équivalentes à une maladie. Il apparaît en effet que les rapports médicaux du docteur T\_\_\_\_\_, sur lesquels l'OCAI s'est principalement fondé pour reconnaître le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2006, contenaient des diagnostics qui se sont par la suite révélés erronés. Rien de tangible ne permettait en outre de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante entre 2004 et 2006 ou au-delà, sinon l'importante progression de la hernie discale L4-L5 : or, cette hernie et, partant, la compression qui pouvait expliquer les troubles neurologiques dont la recourante se plaignait, s'est révélée inexistante. Pour le reste, il apparaît qu'aucun des spécialistes consultés n'a rendu vraisemblable l'existence d'un trouble physique ou psychique susceptible d'expliquer ces plaintes, et encore moins leur caractère invalidant.

Avec la recourante, il convient par conséquent de constater la stabilité de son état de santé tout au long de la période considérée. Hormis l'amélioration "à 20%" des paresthésies aux deux pieds dont elle avait fait part au docteur S\_\_\_\_\_ le 16 avril 2007, rien n'indique en effet que son état de santé ait connu une amélioration significative, et rien n'indique non plus qu'il ait présenté une significative dégradation. Au vu de ce qui a été dit plus haut quant à la valeur probante des divers avis médicaux recueillis, il s'impose d'ailleurs de considérer que l'aggravation prétendument constatée en mai 2004 n'a pas été rendue vraisemblable.

En conséquence, c'est à bon droit que l'OCAI a nié le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2008. C'est en revanche à tort qu'il lui a accordé une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2006 au 31 juillet 2008.

La décision du 4 février 2009 devra par conséquent être annulée dans cette mesure.

10. L'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, prévoit qu'une dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances sociales est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté en l'espèce, à 400 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Par ailleurs et pour la même raison, la recourante n'a pas droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA, *a contrario*).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette et procède à la *reformatio in peius*, en ce sens que la décision d'octroi d'une rente limitée du 1<sup>er</sup> août 2006 au 31 juillet 2008 est annulée.
3. Met un émolument de 400 fr. à la charge de la recourante.
4. 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

Brigitte BABEL

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :            Olivier TSCHERRIG

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