

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/247/2009

ATAS/879/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 7 juillet 2009

En la cause

Madame C_____, domiciliée à GENÈVE, comparant par
Maître Daniel VOUILLOZ, en l'Étude de qui elle élit domicile

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97,
rue de Lyon, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1975, Madame C _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) travaillait, en qualité d'ouvrière, au service de X _____ SA depuis le 25 août 1998.
2. Souffrant depuis janvier 2001 d'une spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew, d'abord diagnostiquée par le docteur L _____ comme étant une sacro-iliite inflammatoire, de type arthrite rhumatoïde), l'assurée a déposé une demande de prestations à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé) le 17 mai 2002. Les diagnostics posés par la suite comprenaient en outre un syndrome dépressif réactionnel.
3. Par décisions du 16 juillet 2003, l'OCAI a reconnu le droit de l'assurée au versement d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars au 31 juillet 2002, d'une rente entière du 1^{er} août 2002 au 31 mars 2003 et d'une demi-rente à partir du 1^{er} avril 2003. Suite à une révision conduite d'office, l'OCAI a confirmé le droit au versement d'une demi-rente d'invalidité par décision du 16 août 2006.
4. Par une nouvelle demande déposée à l'OCAI le 9 mars 2007, l'assurée a sollicité le versement d'une rente entière d'invalidité, motif pris de l'aggravation de son état de santé, qui l'empêchait d'exercer son activité professionnelle à mi-temps et d'accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes.
5. Par lettre du 10 avril 2007, l'assurée a notamment précisé que, dès le mois de janvier 2006, elle s'était trouvée en incapacité totale de travailler en raison des limitations du traitement médical que commandait sa grossesse. Après l'accouchement (en juin 2006), elle avait pu reprendre le traitement, qui se révélait cependant insuffisant dès lors qu'elle avait de plus en plus de peine à bouger et à dormir. Une injection de Humira, toutes les deux semaines, avait été prescrite par le médecin et prise en charge par l'assurance-maladie.
6. Selon une attestation établie le 11 avril 2007 par le docteur M _____, médecin adjoint au Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève, la situation médicale de l'assurée s'était péjorée. Elle souffrait en effet d'une affection qui n'avait malheureusement pas répondu aux différents traitements entrepris jusqu'alors. La persistance d'une activité inflammatoire très significative, entraînant des douleurs notamment au niveau du dos et du bassin, ainsi que la grande fatigue qui était associée à la maladie inflammatoire et aux troubles du sommeil engendrés par les douleurs, avaient pour conséquence que la capacité de travail de l'assurée était nulle. Pour le surplus, une attente de six mois serait probablement nécessaire avant de pouvoir juger de l'efficacité du nouveau traitement entrepris à base d'anti-TNF (Humira).

7. Selon le rapport médical établi le 4 mai 2007 par le docteur N_____, rhumatologue et médecin traitant de l'assurée, l'état de santé de sa patiente s'était aggravé. Elle avait subi plusieurs crises douloureuses depuis 2001, avec aggravation dès 2005, en particulier lors de sa dernière grossesse. Faiblesse et fatigue générale due à des réveils nocturnes, port de charges et stations debout ou assise prolongées constituaient les limitations fonctionnelles observables.

Dans le poste de travail qu'elle occupait avant son licenciement (lequel devait prendre effet le 31 mai suivant), la recourante était en incapacité totale de travailler depuis le 9 janvier 2006 ; dans une activité adaptée et légère, une évaluation serait possible ultérieurement, et l'on pouvait envisager un retour au travail à 50% si le traitement de fond se révélait efficace et selon la fréquence des crises douloureuses.

8. Dans un rapport établi le 29 octobre 2007, le docteur N_____ a notamment fait état d'une diminution des dorso-lombalgies et des douleurs de l'articulation sacro-iliaque gauche et d'une amélioration de la qualité et de la durée du sommeil. L'assurée présentait cependant des sudations nocturnes persistantes, une raideur matinale de quarante-cinq à soixante minutes, des lombalgies diurnes mécaniques, une stomatite possiblement due au traitement et une asthénie persistante avec anxiété et irritabilité.

Le rendement de l'assurée était alors nul, mais sa capacité de travail pouvait être améliorée dans le domaine d'activité exercée jusque là, moyennant la poursuite du nouveau traitement et l'exercice d'une activité légère. On pouvait en outre exiger d'elle qu'elle exerçât une autre activité, sans port de charges ni position assise ou debout prolongée, à raison de quatre heures par jour dès le début de 2008 au plus tôt.

9. Dans un rapport daté du 8 avril 2008, le docteur N_____ a reporté ce pronostic puis, le 19 mai suivant, s'est enquis auprès de l'OCAI de la possibilité de mettre en place des mesures d'ordre professionnel par le biais d'une évaluation, sa patiente ayant de la peine à trouver un travail à mi-temps.
10. Selon un avis émis par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) le 19 juin 2008, une évaluation dans le cadre d'un examen rhumatologique et psychiatrique était nécessaire pour apprécier l'effort exigible de l'assurée, ce dont l'OCAI a chargé le Centre d'expertise médicale (CEMED) par lettre du 25 juin suivant.
11. Du rapport d'expertise interdisciplinaire établi le 29 septembre 2008, il ressort notamment ce qui suit.

Sur le plan somatique, le docteur O_____, spécialiste en rhumatologie, a, au terme d'une anamnèse, d'un compte-rendu des plaintes de l'assurée et d'un examen clinique détaillés, diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante ayant des

répercussions sur la capacité de travail de l'expertisée. Sur le plan psychique, le docteur P_____, spécialiste en psychiatrie, a pour sa part diagnostiqué une dysthymie (F34.1 selon la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [CIM-10]), une personnalité anankastique (F60.5) et un trouble somatomorphe indifférencié (F45.1), sans répercussion sur la capacité de travail.

Au chapitre de l'appréciation du cas et du pronostic rédigé en commun par les experts, ceux-ci exposaient notamment que les plaintes subjectives de l'assurée étaient plus importantes que les constatations objectivées tant sur le plan psychique que sur le plan somatique. En particulier, l'absence de comportement algique, de rétrécissement du champ de la pensée et d'un état de désespoir commandait de retenir un trouble somatomorphe indifférencié qui, n'étant pas associé à une comorbidité psychiatrique sévère, était sans répercussion manifeste sur le fonctionnement psychosocial de l'expertisée.

En conclusion, les limitations fonctionnelles, d'ordre physique uniquement, comprenaient la position assise ou debout pendant plus de vingt minutes, le changement de position étant possible, le mouvement en rotation du tronc, le port itératif de charges de plus de cinq kilogrammes, la marche en terrain inégal, les fréquentes montées et descentes d'escaliers ou de pentes, le travail sur échelles ou escabeaux et le travail dans des conditions d'humidité et de froid. À condition d'y inclure ces limitations, la capacité résiduelle de travail de l'assurée était, sans diminution de rendement, de 50% dans son ancienne activité d'ouvrière ou dans une autre activité adaptée, à raison de quatre heures par jour. Le degré d'incapacité de travail n'avait pas évolué depuis le mois d'avril 2003, des incapacités totales, dont la durée pouvait s'étendre de quelques semaines à plusieurs mois, étant toutefois prévisibles s'agissant d'une maladie à poussées inflammatoires.

12. Selon l'avis émis le 13 octobre 2008 par le docteur Q_____, du SMR, l'expertise du docteur P_____ retenait le diagnostic de dysthymie dans le cadre d'une évolution chronique d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive apparue probablement dès le moment où le diagnostic de maladie de Bechterew avait été posé. L'assurée présentait en outre une personnalité anankastique et un trouble somatomorphe indifférencié, l'ensemble de ces diagnostics ne justifiant pas une quelconque incapacité de travail sur le plan psychique, l'expertisée étant apte à travailler à plein temps sans diminution de rendement.

Sur le plan somatique, l'importance des plaintes algiques ne pouvait être expliquée par les constatations faites. En raison de l'affection inflammatoire, les experts estimaient notamment que l'ancienne activité exercée n'était exigible qu'à temps partiel et en tenant compte des limitations fonctionnelles décrites. Il y avait en outre

lieu de noter l'absence d'argument, sur le plan psychiatrique ou somatique, pour justifier une diminution de rendement dans un poste adapté.

13. Par une décision du 11 décembre 2008 qui faisait suite à un projet, établi le 6 novembre précédent et demeuré incontesté, l'OCAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité au motif qu'il n'y avait pas d'argument sur le plan somatique ou psychiatrique pour justifier une diminution de rendement dans un poste adapté. Pour le surplus, il a confié le dossier de l'assurée à son Service de placement afin que celui-ci examine l'opportunité d'une telle mesure.

C'est le lieu d'observer que, le 6 novembre 2008 également, le Service de réadaptation avait donné son accord pour l'aide au placement sollicitée par le docteur N_____. Par lettre du 22 décembre 2008, l'assurée a été invitée à se présenter pour un entretien à ce sujet, qui devait se tenir le 6 janvier 2009 dans les locaux de l'OCAI.

14. À cette occasion, l'assurée a exposé que, pour trois raisons, elle ne se sentait pas en mesure de travailler. Sur le plan de sa santé, les douleurs étaient très présentes, au point qu'elle ne dormait quasiment plus pendant la nuit ; elle prenait des anti-inflammatoires et des antidépresseurs ; elle se disait très fatiguée et incertaine quant à sa capacité à tenir une activité professionnelle, perspective qui l'angoissait ; à cause de la douleur, elle devenait irascible et méchante, même vis-à-vis de ses enfants, et elle éprouvait de la culpabilité à cause de cela. D'autre part, se posait un problème de disponibilité, son second fils étant âgé de deux ans, et l'idée de devoir organiser les choses pour la garde etc. était angoissante, « les autres » ayant des grands-parents à disposition. Enfin, elle hésitait à faire recours contre la décision de l'OCAI pour des raisons de coût. Elle n'affichait pas une attitude plaintive outre mesure ; elle défendait même avoir, « sur le principe », envie de travailler.

Il a été convenu qu'en l'état, faute de réelle motivation et de disponibilité, la mesure d'aide au placement était prématurée. Le protocole de collaboration n'a pas été signé et le mandat a été clos d'entente avec l'assurée le 9 janvier 2009.

15. Par acte déposé au guichet du Tribunal de céans le 26 janvier 2009, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 11 décembre 2008, dont elle requiert la mise à néant. Elle concluait en outre, avec suite de dépens, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée.

À l'appui de ses conclusions, la recourante conteste l'appréciation, faite par le CEMED essentiellement, de la répercussion de l'affection somatique dont elle est atteinte sur sa capacité de travail, de même que la prétendue absence de répercussion des troubles psychologiques, qui n'est guère compatible avec nombre des avis médicaux exprimés par ailleurs. Elle n'avait été examinée qu'une seule fois par l'expert en rhumatologie et par l'expert en psychiatrie, et il n'était pas exclu qu'elle se fût trouvée, au jour dit, dans de bonnes conditions, aussi bien au

plan somatique qu'au plan psychiatrique, ce qui ne permettait à l'évidence pas de conclure à l'existence, de manière générale, d'une capacité résiduelle de travail.

Ainsi que l'OCAI l'avait admis, sa capacité de travail était extrêmement variable en fonction de l'acuité et de la fréquence des crises qu'elle subissait, et cet élément essentiel n'avait pas été pris en compte, ou à tout le moins pas de manière adéquate, par le CEMED.

16. Par lettre du 26 février 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours, motif pris de l'absence d'arguments permettant de faire une appréciation différente du cas. Il proposait cependant d'interpeller le docteur N_____ au sujet de la date à partir de laquelle cette praticienne estimait que la situation de sa patiente s'était dégradée. En fonction de sa réponse, le SMR serait sollicité en vue de la réalisation d'un complément d'expertise par le CEMED.

17. Interpellée par le Tribunal le 6 mars 2009, le docteur N_____ a, par lettre du 8 avril suivant, attesté que la recourante présentait une aggravation de sa maladie rhumatismale depuis juillet 2008 environ, avec plusieurs poussées douloureuses nouvelles au niveau de son articulation sacro-iliaque droite depuis février 2009 notamment.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM), réalisée le 9 mars 2009 par le docteur R_____ et produite en annexe, avait confirmé une aggravation en montrant l'apparition d'érosions osseuses nouvelles, étendues, en miroir, touchant l'ensemble de l'articulation sacro-iliaque droite et une progression des lésions de l'articulation sacro-iliaque gauche.

18. Interpellée le 21 avril 2009, le docteur S_____, du SMR, a, par lettre du 14 mai 2009, exposé que, suite aux examens réalisés le 25 août 2008, une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée avait été retenue. Le rapport mentionnait que, s'agissant d'une maladie inflammatoire, l'évolution de la spondylarthrite ankylosante pouvait être amenée à se manifester par des poussées inflammatoires, occasionnant des incapacités de travail dont la durée s'étendrait de quelques semaines à plusieurs mois. L'avis du docteur N_____, qui mentionnait une telle poussée depuis février 2009, était compatible avec cette appréciation, alors que l'aggravation du mois de juillet 2008 n'avait pas été constatée par les experts.

Il était plausible que la recourante présentât une aggravation de sa spondylarthrite ankylosante depuis février 2009. L'IRM du 9 mars 2009 montrait une progression des lésions à gauche et l'apparition de lésions à droite, qui se manifestaient à l'examen clinique par une nette diminution de la mobilité de la colonne dorsolombaire et une mobilisation des articulations sacro-iliaques très douloureuse. Le début de l'incapacité totale de travail retenue par le docteur N_____ pouvait être fixé au mois de février 2009.

Enfin, l'état de santé de la recourante n'étant pas stabilisé, il convenait d'évaluer l'évolution de la poussée inflammatoire, laquelle pourrait être favorable sous un traitement *lege artis*, à trois mois.

19. Invitée à formuler ses conclusions, la recourante a, par mémoire du 8 juin 2009, confirmé ses précédentes écritures et déclaré conclure, à titre subsidiaire, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée à compter du mois de février 2009.

Outre les arguments développés précédemment, elle faisait valoir que les poussées douloureuses survenues en février 2009 n'avaient fait que ponctuer une aggravation de la maladie qui, selon l'avis du docteur N_____, solidement étayé par l'IRM réalisée en mars 2009, remontait à plusieurs mois. Il convenait de ne pas perdre de vue que le rapport d'IRM révélait bien une progression des lésions constatées en 2001 et non pas une soudaine et récente aggravation desdites lésions ou la survenance de nouvelles lésions au mois de février 2009. Partant, si le SMR admettait à juste titre qu'elle était désormais en incapacité totale de travailler, c'était à tort qu'il croyait pouvoir retenir que l'aggravation ne remontait qu'au mois de février 2009.

Pour le surplus, il se dégageait du dossier que les crises subies étaient de plus en plus fréquentes et violentes. Dès lors, quand bien même elle pourrait disposer, de manière très intermittente et de plus en plus brièvement, d'une capacité résiduelle de travail, elle ne pouvait d'aucune façon espérer retrouver un emploi dans ces conditions.

20. Par lettre du 9 juin 2009, l'OCAI a pour sa part modifié ses conclusions en ce sens que, l'incapacité de travail de la recourante devant être considérée comme totale depuis le 1^{er} février 2009, il convenait d'examiner l'évolution de son état de santé après trois mois pour déterminer en particulier si cette évolution était favorable suite à un traitement approprié.
21. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 11 juin 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} 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^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par ce principe.

D'autre part, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé au guichet du Tribunal de céans le 26 janvier 2009 est recevable.
4. Le litige porte sur la révision du droit de la recourante au versement d'une demi-rente d'invalidité, motif pris de l'aggravation de son état de santé.
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, 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.

Selon l'art. 17 al. 1^{er} 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 changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

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).

Pour le surplus, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; 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 et les références).

En l'espèce, la dernière décision qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente conforme aux prescriptions qui viennent d'être rappelées a été rendue par l'OCAI le 16 août 2006, de sorte qu'il convient d'examiner la question de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit entre cette date et le 11 décembre 2008, les faits survenus postérieurement devant cependant être pris en considération s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue.

Il apparaît à cet égard que les avis exprimés par les docteurs O_____, P_____, M_____ et N_____ diffèrent quant aux conséquences des troubles somatiques et psychiques constatés, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs.

6. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut en effet trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs (ou de l'administration) aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur (ou à l'administration) par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Dans le cas d'espèce, il apparaît qu'au regard des principes qui viennent d'être rappelés seul le rapport d'expertise établi par les docteurs O_____ et P_____ le 29 septembre 2008 remplit les conditions de forme et de fond posées par la jurisprudence pour en admettre la pleine valeur probante.

L'expertise conduite par ces praticiens se fonde notamment sur des examens physiques et psychiques étendus, sur une anamnèse personnelle, professionnelle et sociale détaillée, sur les plaintes exprimées par la recourante et sur une description soigneuse des interférences médicales, de sorte que l'appréciation du cas est cohérente et digne de foi.

En revanche, le rapport médical établi le 11 avril 2007 par le docteur M_____ ne présente pas les mêmes garanties. En particulier, ce praticien se borne à constater que la situation médicale de la recourante s'était péjorée sans préciser les termes de la comparaison à laquelle il s'est livré. Il n'explique pas davantage en quoi ses propres constatations cliniques, substantiellement identiques à celles de ses confrères, devraient avoir pour conséquences une incapacité totale de travail. En conséquence, il convient d'accorder une moindre valeur probante à son rapport.

Il en va de même en ce qui concerne les rapports médicaux du docteur N_____-DESLARZES, en considération du fait qu'en sa qualité de médecin traitant, elle a tissé une relation de confiance étroite avec sa patiente, susceptible d'influencer sensiblement le contenu de ses propos en l'amenant à accorder une importance excessive aux plaintes subjectives recueillies.

7. Sur le fond, l'art. 88a al. 2, 1^{ère} phrase du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) prévoit notamment que si l'incapacité de gain ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu

de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Cela étant, il sied ici de rappeler que l'art. 7 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, prévoit notamment que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail. De ce devoir général découle en particulier le principe de la primauté de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1^{er} let. a LAI, selon lequel un assuré n'a pas droit à tout ou partie d'une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail (sur le principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 117 V 275 consid. 2 et les références).

En l'espèce, l'instruction de la cause a permis d'établir qu'en 2006, l'incapacité de travail de la recourante était essentiellement due au fait qu'étant enceinte, celle-ci avait dû limiter le traitement de la spondylarthrite ankylosante. À cet égard, la décision que l'intimé a rendue le 16 août 2006 fait clairement la distinction entre les limitations dues à la maladie et les limitations dues à la maternité, qu'il convient en effet de différencier soigneusement.

S'agissant des premières uniquement, force est de constater que les indices recueillis depuis lors ne permettent pas de trancher la question de savoir si l'augmentation des troubles rapportée par les médecins consultés correspondait à une aggravation de la maladie ou aux conséquences, après l'accouchement, de la nécessaire diminution du traitement. En toute hypothèse, l'incapacité totale de travail de la recourante était alors justifiée par les conséquences de sa maternité, lesquelles ont été prises en charge conformément à la réglementation applicable en la matière.

Par la suite, c'est-à-dire entre le terme du congé-maternité et l'automne 2007, les avis médicaux divergent quant aux conséquences des troubles éprouvés par la recourante, de sorte qu'en application des principes rappelés plus haut, il y a lieu de faire prévaloir l'avis des experts selon lequel, la capacité de travail de la recourante était, sauf en cas de poussée inflammatoire, de 50%.

À l'automne 2007, le docteur N_____ a constaté une amélioration de l'état de santé de sa patiente, due à l'efficacité du traitement de fond prodigué depuis le mois de mars précédent puis, en juillet 2008, une nouvelle détérioration. Il sied à cet égard de relever que les experts ont réalisé l'examen clinique de la recourante à la fin du mois d'août 2008 et qu'en l'absence d'un constat de leur part sur ce point, il convient de retenir que ladite détérioration n'a pas été rendue vraisemblable à satisfaction de droit. L'on relèvera en outre qu'il était malaisé, en l'absence d'examen plus approfondis et sur la seule base des plaintes subjectives de

l'intéressée, de distinguer une poussée inflammatoire d'une aggravation de la maladie proprement dite.

En résumé, les successives détérioration, amélioration et détérioration de l'état de santé de la recourante, décrites respectivement au printemps 2007 (par le docteur M_____), à l'automne 2007 et en juillet 2008 (par le docteur N_____), pouvaient aussi bien correspondre à l'apparition, à la disparition et à la réapparition des poussées inflammatoires redoutées, de sorte que faute d'indices suffisants relativement à la durée de ces différentes phases, il y a lieu de considérer ici encore que la capacité de travail de la recourante, bien que labile, était en règle générale de 50%.

En revanche, il a été établi, au degré de vraisemblance prépondérante exigible en matière d'assurances sociales, que l'état de santé de la recourante s'est détérioré significativement avant le mois de mars 2009, en ce sens qu'il a alors été montré à satisfaction de droit que l'articulation sacro-iliaque droite présentait des érosions osseuses étendues qui entraînaient de nouvelles limitations, tandis que progressaient les lésions de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Au vu de ce qui précède, il apparaît qu'abstraction faite des conséquences de la maternité de la recourante, un changement notable des circonstances susceptibles d'influer sur le degré d'invalidité de celle-ci entre le mois d'août 2006 et le mois de février 2009 ne ressort pas clairement du dossier et ne pourrait guère être établi par d'autres mesures d'instruction. On ne doit en effet pas perdre de vue qu'aux dires de son médecin traitant, la recourante a effectué des démarches pour retrouver un emploi en 2008 et qu'au début du mois de janvier 2009, elle a renoncé aux mesures de placement proposées en faisant valoir, outre le manque de disponibilité dû aux soins exigés par ses jeunes enfants, des difficultés liées à son état de santé en tous points identiques à celles qu'elle décrivait auparavant.

En conséquence, c'est à bon droit que l'OCAI a refusé l'augmentation de rente sollicitée par la recourante le 9 mars 2007. Cela étant, l'intimé a reconnu l'aggravation de l'état de santé constaté par le SMR et une nouvelle incapacité totale de travail à compter du mois de février 2009, pour une durée actuellement indéterminée.

Il conviendra donc que l'OCAI se prononce formellement sur les conséquences de l'aggravation constatée, de sorte qu'il y a lieu de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision au sens des considérations qui précèdent.

8. Enfin, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, elle n'a pas droit au remboursement de ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA, *a contrario*).

Pour le surplus, il sera renoncé à la perception, à sa charge, de l'émolument prévu par l'art. 69 al. 1^{bis} LAI en considération du fait qu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour nouvelle décision au sens du considérant 7 du présent arrêt.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

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