

EN FAIT

1. Madame V _____ (ci-après : l'assurée) née en 1960, a travaillé à compter du 1^{er} janvier 2000 en tant que gérante d'une chaîne de magasins de sandwiches.
2. Du 16 au 27 septembre 2002, elle a été hospitalisée dans le service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en raison de lombocrualgies chroniques à prédominance gauche. Dans un rapport du 2 octobre 2002, le Dr A _____, chef de clinique, a diagnostiqué des lombalgies chroniques en exacerbation ainsi qu'un syndrome douloureux chronique. Il a exposé que la patiente souffrait depuis l'adolescence de lombalgies chroniques qui s'étaient aggravées depuis le mois de mai, avec un épisode aigu au mois de juin. Au status, 8/18 points de fibromyalgie s'étaient révélés positifs. Un bilan radiologique avait révélé des troubles dégénératifs au niveau de la charnière lombo-sacrée. Une hernie discale L4-L5 sans relation avec les symptômes avait en outre été découverte fortuitement. Selon le médecin, le syndrome lombovertébral s'inscrivait probablement dans un syndrome douloureux chronique.
3. Du 20 mars au 4 avril 2003, l'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana. La Dresse B _____, cheffe de clinique, a diagnostiqué, à titre principal, un trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen (F33.10) - et, à titre de comorbidités, une fibromyalgie et un syndrome cervico-lombo-vertébral, notamment.
4. Le 3 juin 2003, l'assurée a déposé une demande de reclassement auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI).
5. Interrogé, l'employeur de l'assurée a indiqué en date du 12 juin 2003 que le salaire annuel de son employée s'était élevé à 60'000 fr. dès le 1^{er} janvier 2001 et que l'intéressée, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, aurait gagné la même chose en 2003.
6. Le 17 juin 2003, le Dr A _____, rhumatologue FMH, a rendu un rapport dans lequel il a retenu les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif, dont il a précisé qu'ils étaient présents depuis 2002. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 21 août 2002 dans l'activité de responsable de vente. Il a précisé que sa patiente souffrait depuis plusieurs mois d'un grand état de fatigue, de troubles du sommeil et de multiples douleurs ostéoarticulaires. L'examen clinique avait permis de constater la présence de 18/18 points douloureux et de poser le diagnostic de fibromyalgie. La patiente souffrait également d'un état dépressif sévère dont le traitement consistait en une thérapie cognitive et comportementale par une psychologue. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais on pouvait en revanche exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre

activité n'impliquant ni port de charges, ni déplacements, ni station assise au-delà de trois à quatre heures par jour, ni position statique, ni agenouillement, ni travail en hauteur. Il fallait néanmoins s'attendre à une diminution de rendement de 25 à 30%.

7. Le 4 septembre 2003, la Dresse C _____, rhumatologue FMH, a rendu un rapport à son tour. Ce médecin a diagnostiqué des lombalgies chroniques et un syndrome douloureux chronique et a conclu à une incapacité de travail totale du 8 mai au 10 juin 2002 et du 21 août au 21 novembre 2002, hormis une période à 50% du 9 au 12 septembre 2002. Le médecin a indiqué avoir fait procéder à un scanner dorso-lombaire qui avait mis en évidence une hernie discale au niveau L4-L5 médiane dont la racine de L5 à droite était discrètement comprimée au niveau de son segment d'émergence. Le disque L5-S1 était rudimentaire et il existait des troubles de la transition lombo-sacrée avec une sacralisation complète de L5.
8. Le 24 février 2004, le Dr A _____ a fait état d'une aggravation de l'état psychologique de sa patiente depuis août 2003.
9. Un nouveau scanner lombaire effectué le 22 avril 2004 a révélé une discopathie L5-S1 avec une hernie discale relativement volumineuse médiane et paramédiane. Le canal lombaire était de taille normale.
10. Le 9 juin 2004, l'employeur de l'assurée a mis fin aux rapports de travail avec effet au 31 août 2004.
11. Le 17 février 2005, l'assurée a subi une cure de hernie discale L5-S1 dont les suites ont consisté en quelques irradiations à l'abord de L5-S1 droit constatées lors du contrôle du 17 mars 2005, mais sans aucun signe de compression radiculaire.
12. Le 4 mars 2005, l'OAI a confié au Centre médical d'expertise (ci-après : CEMED) fonctionnant en tant que COMAI le soin d'expertiser l'assurée.
13. Dans leur rapport du 17 août 2005, les Drs D _____, rhumatologue et spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et E _____, psychiatre FMH, ont retenu les diagnostics suivants : syndrome de fibromyalgie floride, lombalgies chroniques, trouble dépressif récurrent - épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Ils ont précisé que les douleurs lombaires s'inscrivaient dans un syndrome de lombalgies chroniques de longue date, désormais sans syndrome irritatif ou déficitaire radiculaire au membre inférieur droit, ce qui devait être interprété comme un succès opératoire : l'intervention avait permis la réapparition du réflexe ostéo-tendineux achilléen droit et la seule séquelle encore objectivable était une limitation de la mobilité de la colonne vertébrale s'intégrant dans le cadre d'une lombalgie chronique. Sur le plan somatique, les experts ont estimé qu'il n'y avait pas d'autres limitations que celles de la douleur. L'assurée n'était plus apte à exercer une activité impliquant le port de charges

lourdes contraignantes pour le dos (mouvements répétitifs, position penchée en avant) ou des positions statiques prolongées. La présence d'une fibromyalgie importante avec une forte fatigabilité et une aggravation des douleurs au cours de la journée ainsi que des lombalgies mécaniques s'aggravant également au fil des heures justifiait une restriction de la capacité de travail d'environ 50%.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée souffrait depuis environ quatre à cinq ans d'une symptomatologie dépressive fluctuant dans le temps avec des périodes de rémission incomplète suivies par des épisodes d'aggravation. L'épisode actuel durait depuis au moins deux ans.

Les experts ont conclu que l'activité exercée précédemment n'était plus exigible et qu'une activité adaptée pourrait être exercée à raison de quatre heures par jour. Un ajustement du traitement psychiatrique était nécessaire pour espérer faire disparaître les signes cliniques dans un délai de six à neuf mois. Dans l'intervalle, la capacité de travail sur le plan psychique serait limitée par la symptomatologie dépressive ainsi que par une longue désinsertion sociale et professionnelle. Dans un premier temps, jusqu'à l'obtention des premiers signes d'amélioration clinique, la capacité de travail pouvait être estimée entre 60 et 70%.

14. L'OAI a requis un complément d'expertise. Le 12 octobre 2005, les experts ont précisé que les courses étaient faites par le mari de l'assurée et sa fille âgée de 17 ans ou par l'intéressée elle-même lorsqu'elle était en forme et qu'il n'y avait pas de charges lourdes à porter. Les repas étaient préparés par sa fille ou son mari ou par elle-même pour les aliments rapidement préparés. L'assurée enlevait la poussière, faisait une partie de la vaisselle ; son mari et sa fille se chargeaient des autres tâches ménagères. Une fois par semaine, l'assurée faisait une sortie à pied d'environ une heure avec une personne âgée de son voisinage.
15. Le dossier de l'assurée a été soumis à la Dresse F _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui, en février 2006, a émis l'avis que l'appréciation de la capacité de travail faite par l'expert rhumatologue était critiquable car justifiée par des critères ne relevant pas de l'assurance-invalidité et basée sur les allégations subjectives de l'assurée. Le médecin conseil a en revanche admis que l'assurée avait dans l'incapacité totale d'exercer son activité d'avril 2004 à mars 2005 eu égard à ses lombalgies. Sur le plan psychique, le médecin a jugé que le trouble dépressif, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique n'avait pas valeur d'atteinte grave à la santé ; à cet égard, il a été relevé que l'assurée n'avait jamais dû être hospitalisée en milieu psychiatrique et n'avait souffert ni d'épisode sévère, ni de troubles de la personnalité, ni de syndrome psychotique. Le médecin en a tiré la conclusion qu'il n'y avait ni affection chronique ou de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ni perte d'intégration sociale dans toutes les

manifestations de la vie, et que, partant, on ne pouvait retenir d'incapacité de travail de longue durée dans l'activité habituelle de responsable de magasin.

16. Le 22 février 2006, l'OAI a rendu une décision niant à l'assurée le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
17. L'assurée s'est opposée à cette décision en concluant à ce qu'une incapacité de travail de 50% au moins lui soit reconnue. Elle a allégué souffrir d'une dépression de gravité variable présentant des éléments de psychose, d'affections rhumatologiques et psychiatriques présentes depuis de très nombreuses années, sans rémission durable. A l'appui de ses dires, l'assurée a produit un nouveau rapport du Dr A _____, rédigé le 15 avril 2006 et mentionnant la réapparition de lombalgies durant l'été 2005, la mise en évidence par scanner du 2 février 2006 d'une cicatrice épidurale droite entre la racine du nerf S1 et le fourreau dural, la présence du signe de la baïonnette - ce qui révélait la souffrance d'une racine nerveuse -, la persistance d'un syndrome radiculaire S1 droit, purement algique, sans déficit neurologique, et concluant à une totale incapacité de travail.
18. L'OAI a alors demandé au Dr G _____, rhumatologue FMH et médecin du SMR, d'examiner l'assurée. Dans son rapport du 4 octobre 2006, ce médecin a diagnostiqué des rachialgies diffuses avec lombocruralgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 droite et anomalie de transition lombo-sacrée. Il a également mentionné une fibromyalgie, tout en précisant que celle-ci était sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin a noté une discordance entre les trouvailles radiologiques et le status clinique dont il a estimé qu'elle s'expliquait probablement en grande partie par la fibromyalgie. Il a admis une incapacité de travail de 100% depuis la découverte de la hernie discale L5-S1 droite - en avril 2004 - jusqu'à fin mars 2005 (comme l'avait signifié l'opérateur), puis de 50% dans l'activité précédemment exercée et de 100% dans une activité adaptée. Le médecin a fait remarquer que la cicatrice épidurale entre la racine S1 droite et le fourreau dural était sans rapport avec les plaintes douloureuses, lesquelles concernaient la région lombaire et les deux cuisses. Par ailleurs, il n'y avait pas de syndrome radiculaire S1 droit et les troubles sensitifs dépassaient la racine S1 droite. Le médecin en a tiré la conclusion que la fibromyalgie était certainement l'origine principale des douleurs.
19. La division de réadaptation professionnelle a rendu son rapport final en date du 25 juillet 2007. Il en ressort que l'assurée a été reçue en entretien le 21 mars 2007 et qu'à cette occasion, elle a émis l'avis qu'elle ne pourrait pas reprendre la moindre activité professionnelle ; elle attendait de la part de l'assurance-invalidité une reconnaissance de sa maladie sous forme de rente. Au vu de l'attitude de l'assurée, l'octroi de mesures d'ordre professionnel a été écarté au motif qu'elles seraient vouées à l'échec. Il a dès lors été procédé à l'évaluation du degré d'invalidité pour l'année 2005, en comparant le revenu annuel sans invalidité (63'768 fr.) à celui que

l'assurée aurait théoriquement pu réaliser la même année compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15%. Il en résultait un taux d'invalidité de 34.5%.

20. Par décision sur opposition du 26 septembre 2007, l'OAI a admis une incapacité de travail totale d'avril 2004 à mars 2005, respectivement un degré d'invalidité de 34.5% n'ouvrant pas droit à une rente mais suffisant pour d'éventuelles mesures professionnelles. L'OAI a cependant renoncé à en octroyer au vu du fait que l'assurée s'estimait incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle. Il en a tiré la conclusion que seul l'octroi d'une aide au placement pouvait entrer en ligne de compte, sur demande de l'assurée.
21. Le 1^{er} novembre 2007, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent. Elle alléguait notamment consulter régulièrement une psychologue et prendre des antidépresseurs.

Auditionnée par le Tribunal, la psychologue en question a confirmé avoir suivi l'assurée de février 2003 à juin 2006, à la demande du Dr A_____. Le témoin a mentionné un trouble anxio-dépressif d'intensité modérée (grande fatigue, idées noires, troubles de la concentration, troubles proches de l'agoraphobie, claustrophobie), ainsi qu'un trouble de la personnalité mixte (traits de personnalité dépendante et immature). En juin 2006, le traitement avait pris fin car la symptomatologie anxio-dépressive avait fortement diminué et l'assurée avait souhaité faire une pause. En revanche, la problématique des troubles de la personnalité n'était pas résolue. L'assurée avait tendance à s'isoler, mais était bien entourée par sa famille.

L'assurée a produit dans la procédure un nouveau rapport radiologique relatif à une IRM lombaire effectuée le 6 octobre 2008 ayant révélé, d'une part, une nouvelle très importante hernie discale paramédiane gauche L5-S1 provoquant une importante compression du fourreau dural ainsi que de la racine S1 gauche, d'autre part, un rétrécissement des canaux de conjugaison L5-S1 des deux côtés avec compression de la racine L5 droite au niveau foraminal et une dessiccation du disque L5-S1.

L'intimé ayant admis que la présence d'une hernie aussi importante luxée vers le bas était susceptible de provoquer un syndrome de la queue de cheval et qu'une instruction complémentaire était nécessaire, le Tribunal, par arrêt du 29 mai 2009 (ATAS/660/2009), a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Le Tribunal cantonal a constaté que, parmi les divers rapports médicaux, seul celui du Dr G_____ distinguait l'incapacité de travail due aux troubles discaux de celle en lien avec le trouble douloureux ; ce rapport n'était pas concluant en tant qu'il n'expliquait pas pourquoi il ne retenait une incapacité de travail que d'avril 2004 à mars 2005 alors que l'assurée avait souffert de lombalgies

depuis l'adolescence, de lombalgies aiguës en 2002, puis d'une volumineuse hernie discale L5-S1 depuis en tout cas 2008.

22. En exécution du jugement cantonal, l'OAI a confié un mandat d'expertise à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) fonctionnant en tant que COMAI.
23. L'assuré a donc séjourné à la CRR du 17 au 19 novembre 2009.

Dans leur rapport du 15 décembre 2009, les Drs H_____, rhumatologue FMH, I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, et J_____, neurologue FMH, ont retenu le diagnostic de lombocruralgies chroniques à prédominance droite. Ils ont également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une fibromyalgie, des céphalées mixtes à caractère tensionnel et migraineux, des signes discrets de souffrance du nerf médian au canal carpien et un épisode dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0).

Il a été relevé que l'assurée travaillait une journée par semaine dans un magasin de photographies depuis une année et demi. Elle se plaignait de lombalgies chroniques irradiant à la face antérieure des cuisses accompagnée d'une fatigue chronique, de cervicalgies mécaniques, de douleurs diffuses au niveau des quatre membres, de troubles du sommeil, de céphalées fréquentes accompagnées de vomissements et sudations, d'un trouble mnésique.

A l'examen clinique, la grande limitation de la mobilité dorsolombaire contrastait avec la mobilité observée dans les mouvements spontanés. Objectivement, les mobilités étaient conservées et il n'y avait pas de signes inflammatoires aux quatre membres. Aux poignets, l'assurée montrait des signes compatibles avec une souffrance du nerf médian alors qu'aux membres inférieurs, il y avait une aréflexie achilléenne droite.

Sur le plan psychiatrique, le Dr I_____ a noté des éléments psychiatriques modérés n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. Toutefois, il existait des éléments non psychopathologiques qui pourraient rendre une reprise d'activité difficile, notamment une autoperception négative de ses propres compétences fondée sur une longue période d'éloignement du travail.

Les experts ont conclu à une totale incapacité à exercer une activité contraignante pour le rachis depuis le 21 août 2002. Ils ont en revanche considéré que, depuis juin 2006 au moins, l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux problèmes du rachis, c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges de plus de 10 kg, les travaux en flexion et/ou en rotation du tronc et permettant l'alternance des positions. La psychopathologie chronique à type de trouble dépressif récurrent avait entraîné une diminution de la capacité de travail de

30 à 40% de 2005 jusqu'à l'évolution favorable constatée par la psychologue traitante en juin 2006.

Monsieur W_____, maître socioprofessionnel, a relaté que l'assurée avait fait preuve d'autonomie lors de l'évaluation en ateliers professionnels. Elle s'était adaptée au programme proposé d'activités simples. La qualité était généralement bonne et le produit du travail pourrait sans autre être commercialisé. Toutefois, son employabilité paraissait sujette à caution car, même dans un programme d'activités comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter la position de travail, une interruption fréquente des tâches et une alternance régulière des positions avaient été observées qui donnaient à penser que des facteurs comportementaux créaient un obstacle au retour à une activité professionnelle.

24. Le 8 mars 2010, la Dresse K_____, médecin du SMR, a émis l'avis que l'expertise du CRR était probante et permettait de retenir une capacité de travail dans une activité adaptée de 60% dès août 2005 augmentant progressivement pour atteindre 100% dès juin 2006. Les limitations fonctionnelles interdisaient tant le port de charges de plus de 10 kg que les travaux en flexion-rotation du tronc et nécessitaient une alternance des positions.
25. Dans une note de travail du 24 mars 2010, le gestionnaire en charge du dossier de l'assurée auprès de l'OAI a relevé que le taux d'invalidité calculé en juillet 2007 par le service de réadaptation restait valable pour la période postérieure à juin 2006, date à compter de laquelle l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 100%. Pour la période comprise entre août 2005 et mai 2006, il fallait se référer aux mêmes montants après pondération du revenu d'invalidé pour tenir compte de la capacité résiduelle de 60%.
26. Le 30 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière dès le 1^{er} août 2003 sur la base d'un taux d'invalidité de 100% et à un trois-quarts de rente (sur la base d'un taux d'invalidité de 61%) du 1^{er} décembre 2005 au 30 septembre 2006, date à compter de laquelle le degré d'invalidité n'avait plus été que de 35%.
27. Le 11 mai 2010, l'assurée a contesté la valeur probante du rapport d'expertise de la CRR qu'elle a qualifié d'obscur et contradictoire en tant que, d'une part, il admettait une aggravation de la discopathie entre février 2006 et octobre 2008 tout en concluant à une capacité de travail complète dans une activité adaptée au moins dès juin 2006 et, d'autre part, il relevait ses très bons résultats lors du stage d'évaluation tout en considérant que des mesures professionnelles seraient vouées à l'échec. Elle lui a au surplus reproché de minimiser les limitations fonctionnelles considérables constatées notamment par les experts du CEMED. Quant au calcul du

degré d'invalidité, l'assurée s'est plainte de n'avoir aucune explication quant au mode de détermination du revenu d'invalidité.

28. Le 21 octobre 2010, l'OAI a rendu deux décisions formelles, la première portant sur la période du 1^{er} août 2003 au 30 novembre 2005, la seconde sur la période subséquente. L'OAI a précisé que sa décision de ne pas accorder de mesures de réadaptation était fondée exclusivement sur des critères subjectifs dont l'appréciation lui appartenait dans le cadre de son pouvoir discrétionnaire. Il avait tenu compte l'âge de l'assurée dans son évaluation globale. En revanche, le manque de formation et l'absence d'exercice d'une activité lucrative durant les dernières années, pour des motifs étrangers à l'invalidité, n'avaient pas à être pris en considération dans le cadre de la déduction sur le revenu d'invalidité.
29. Par acte du 23 novembre 2010, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2003.

La recourante fait grief à l'intimé effectué ses calculs en considérant trois périodes (celle du 1^{er} août 2003 au 30 novembre 2005, celle du 1^{er} décembre 2005 au 30 septembre 2006 et la période postérieure) ne correspondant ni aux améliorations de l'état de santé admises (août 2005 et juin 2006), ni à celles retenues par les experts.

Quant au revenu d'invalidité, l'assurée soutient qu'au vu des limitations fonctionnelles décrites par les experts, seule une activité à 50% pourrait être exigée de sa part, ce qui, après application d'un abattement supplémentaire de 25% pour tenir compte de son âge et de la durée de son incapacité de travail, devrait conduire à un degré d'invalidité de 71% ouvrant droit à une rente entière dès le 1^{er} août 2003.

30. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 décembre 2010, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève que les experts de la CRR ont retenu sur le plan psychique, une diminution de la capacité de travail de 30 à 40% de 2005 jusqu'en juin 2006 (moment à partir duquel la psychologue a constaté une évaluation favorable) et, sur le plan physique, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée - à tout le moins depuis juin 2006.

Étant donné que la capacité de travail a été nulle jusqu'en juillet 2005, de 60% dans une activité adaptée dès août 2005, puis de 100% dès juin 2006, il y a bien lieu d'examiner trois périodes distinctes.

Quant au calcul de comparaison des revenus, l'intimé a renvoyé à sa note de travail du 24 mars 2010.

31. Le 6 janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, désormais compétente, a transmis cette écriture à la recourante et a accordé à cette dernière un délai pour prendre connaissance des pièces, faire part de ses remarques et produire toute pièce utile.
32. A l'issue de ce délai, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la LPGA est applicable puisque la demande de prestations est postérieure à son entrée en vigueur. Du point de vue matériel, le droit à une rente

d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI, à partir du 1^{er} janvier 2004 et du 1^{er} janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si la rente entière accordée à l'assurée à compter du mois d'août 2003 peut être maintenue au-delà du 30 novembre 2005.
5. 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 ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. 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'article 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié I 520/05 du 28 décembre 2006, consid 3.2).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. 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 LPGA et 4 al. 1 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 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

7. Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2.). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus

défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279, consid. 3.2.3).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1).

8. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 125 V 351 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 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. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

9. En l'espèce, les experts de la CRR ont pris leurs conclusions sur la base d'un dossier complet, d'une anamnèse détaillée, d'un examen clinique et des plaintes de la recourante. Par conséquent, leur expertise remplit les conditions formelles posées par la jurisprudence concernant la valeur probante d'une expertise.

En revanche, les conclusions des experts (capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès juin 2006 au moins en lien avec les troubles lombaires) ne sont pas compréhensibles sans se référer à leurs explications. Ainsi, sur la base des

appréciations du rhumatologue traitant et des médecins des HUG, les experts retiennent une totale incapacité de travail dans toute activité en raison des troubles lombaires à partir du 21 août 2002 et jusqu'à la fin de la convalescence consécutive à la cure de hernie discale, soit jusqu'à fin mars 2005. Même si, dès février 2006, l'imagerie radiologique a mis en évidence une discopathie L5-S1, ils n'admettent plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Ils motivent leur position par la très faible corrélation existant en général entre les images radiologiques de discopathies lombaires et une symptomatologie douloureuse lombaire voire lombosciatalgique à moins qu'il existe des signes neurologiques irritatifs ou déficitaires clairs, ce qui n'est pas le cas de la recourante, puisque l'examen électroclinique pratiqué par le Dr J_____ en date du 18 novembre 2009 n'a pas mis en évidence de tels signes. Qui plus est, selon l'expert, la description des douleurs et l'ensemble de la présentation clinique ne correspondent pas à un syndrome radiculaire lombo-sacré.

A partir d'avril 2005, les experts admettent une incapacité de travail de 30 à 40% dans une activité adaptée en lien avec l'état dépressif constaté en mai 2005 par l'expert psychiatre du CEMED jusqu'à l'évolution favorable mise en évidence par la psychologue en juin 2006. Au vu de cette amélioration, ils concluent à une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès juin 2006.

Les explications des experts s'agissant de la capacité de travail retenue sont convaincantes et cohérentes en tant qu'elles reposent sur des éléments objectifs. De plus, ils précisent que le diagnostic de fibromyalgie est posé lorsqu'il n'y a pas de corrélation entre les lésions organiques et les plaintes du patient alors qu'il existe des discordances entre les données subjectives et les constatations objectives.

La recourante ne s'estime pas en mesure de travailler à plus de 50% en raison des douleurs qu'elle ressent et se réfère aux conclusions de l'expertise du CEMED. Or, dans son arrêt du 29 mai 2009, le TCAS a nié toute valeur probante à ce rapport ; il a en effet constaté que les experts ne distinguaient pas les troubles lombaires des troubles douloureux dans leur appréciation de la capacité de travail. Par conséquent, ni le rapport du CEMED, ni les rapports du Dr A_____ - qui n'opèrent pas davantage la distinction - ne suffisent à jeter le doute sur la pertinence des conclusions des experts de la CRR dont le rapport remplit ainsi les conditions matérielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

En conséquence, la Cour de céans suivra les conclusions des experts de la CRR et l'appréciation de la Dresse K_____ qui admet une capacité de travail de 60% à partir d'août 2005. Dans la mesure où il n'appartient pas au juge de s'écarter de cette appréciation médicale, il y a lieu de retenir une incapacité de travail entière à partir d'août 2002 jusqu'au 31 juillet 2005, puis de 40% du 1^{er} août 2005 au 31 mai 2006 dans une activité adaptée.

Étant donné que les experts ne retiennent aucune incapacité de travail en lien avec la fibromyalgie, il n'y a pas lieu d'examiner si la situation de la recourante remplit les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître que la fibromyalgie ou ses effets ne peuvent pas être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Quoi qu'il en soit, on relèvera que l'assurée ne souffre d'aucune comorbidité grave, que son état psychique s'est amélioré grâce au traitement prodigué par une psychologue - traitement auquel il a été mis un terme après amélioration - et qu'elle ne subit pas de perte d'intégration sociale puisqu'elle a repris le travail à raison d'un jour par semaine.

Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé.

10. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité

(ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

11. a) Il n'est pas contesté que la recourante a été durant un temps dans l'incapacité totale de travailler et qu'elle doit se voir reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} août 2003 au 31 juillet 2005. Seul le calcul du taux d'invalidité pour la période subséquente reste donc litigieux.

La recourante conteste la quotité de la réduction appliquée au revenu d'invalidé. Selon elle, cette réduction devrait être de 25 % (et non de 15%), ceci afin de tenir compte de son âge et de la durée de son incapacité de travail.

On relèvera que l'intimé a calculé le degré d'invalidité en procédant à une comparaison des revenus en 2005 ce qui est correct pour la rente allouée à compter du 1^{er} novembre 2005.

En l'espèce, la recourante était âgée de 45 ans en 2005, respectivement de 46 ans en 2006 et était donc considérée comme encore jeune (cf. ATFA non publié I 471/05 du 11 mai 2006, consid. 3.2). La réduction de 15 % appliquée par l'intimé n'apparaît donc pas critiquable. Elle tient compte de manière appropriée des effets de l'absence prolongée de l'assurée du marché du travail et de ses limitations fonctionnelles (cf. ATF non publié 9C_673/2010 du 31 mars 2011, consid. 4.1 et 4.2). Dès lors, que les limitations fonctionnelles de l'assurée ont ainsi été prises en compte à ce stade, il n'y a pas lieu de réduire la capacité de travail retenue par les experts de la CRR, lesquels n'ont admis aucune diminution de rendement.

b) S'agissant de la période d'août 2005 à mai 2006, l'intimé s'est basé sur un revenu sans invalidité de 60'000 fr. en 2001 qu'il a actualisé à 63'768 fr. en 2005 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux. Le revenu sans invalidité ne prêtant pas à discussion, il n'est pas nécessaire d'y revenir.

S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimé a pris en compte - à juste titre - le salaire qu'une femme exerçant une activité de niveau 4 dans le secteur privé, toutes activités confondues, aurait obtenu selon les statistiques 2004, soit 46'716 fr. (3'893 x 12), correspondant, pour un taux d'activité de 60%, à 28'029 fr. 60 (46'716 x 60%). En effet, la recourante n'ayant pas mis en pratique sa capacité résiduelle de gain de 60% dans une activité adaptée, il convient de se référer aux données de l'ESS et, compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir un travail léger et favorisant l'alternance des positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, toutes activités confondues. Puis, il y a lieu d'adapter ce résultat à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2005 (1.1%), ce qui le porte à 28'337 fr. 90. Étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2005 (41.7 h./sem. ; cf. OFS, durée normale de travail dans les entreprises), ce qui conduit à un montant de 29'542 fr. 25 (28'337.90 x 41.7 : 40). Après abattement de 15%, le revenu d'invalidité ascende à 25'111 fr. (29'542.25 x 85%), qui, comparé au revenu avant invalidité, correspond à un degré d'invalidité de 61% (63'768 - 25'111 : 63'768 x 100) ouvrant droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.

La capacité résiduelle de travail de la recourante ayant passé de 0% à 60% dès le 1^{er} août 2005 et jusqu'au 31 mai 2006, à la suite d'une modification sensible de son état de santé lombaire, il y a lieu de tenir compte de cette amélioration trois mois après son début, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, soit dès le 1^{er} novembre 2005.

c) A compter du 1^{er} juin 2006, les experts ont jugé que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée de sorte qu'il convient de

procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité en se référant, pour procéder à la comparaison de revenus, aux chiffres de l'année 2006.

Le revenu sans invalidité de 63'768 fr. en 2005 doit ainsi être adapté à l'évolution des salaires en 2006 (1% dans le secteur de l'hôtellerie-restauration), ce qui conduit à un montant de 64'405 fr. 70.

Quant au revenu d'invalidé, selon l'ESS 2006, il est de 48'228 fr. pour une femme exerçant une activité de niveau 4 dans le secteur privé, toutes activités confondues (4'019 x 12). Après adaptation à l'horaire de travail en 2006 (41.7 h./sem. : 48'228 x 41.7 : 40) et abattement de 15%, le revenu d'invalidé s'établit à 42'736 fr. 05 (50'277.70 x 85%), ce qui, comparé au revenu avant invalidité, correspond à un degré d'invalidité de 34% (64'405.70 - 42'736.05 : 64'405.70 x 100), insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

En application de l'art. 88a al. 1 RAI, ce changement dû à une modification sensible de l'état de santé psychique de la recourante prend effet au plus tôt trois mois plus tard, c'est-à-dire dès le 1^{er} septembre 2006. On relèvera que l'intimé n'a tenu compte de ce changement qu'à partir du 1^{er} octobre 2006.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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