

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4201/2009

ATAS/305/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 23 mars 2010

En la cause

Madame M _____, domiciliée au LIGNON

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), d'origine afghane, née en 1964, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 19 avril 2007 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI). Elle sollicite une orientation professionnelle et une rente et indique être atteinte d'asthme bronchique, de fatigue à l'effort et de rhumatismes, depuis 2002 environ.
2. Arrivée en Suisse en 1990, elle a travaillé dans un fast-food et dans une crèche de 1994 à 1997. Elle s'est ensuite consacrée à l'éducation de son premier enfant de 1997 à 2000. Elle a travaillé comme téléphoniste-réceptionniste dans un restaurant d'octobre 2000 à octobre 2001 puis a été au chômage jusqu'en octobre 2003, elle a accouché de son second enfant en juin 2004. Elle est incapable de travailler à 100% depuis juillet 2005. Elle a connu des périodes de chômage de juillet 1996 à juillet 1998, de novembre 1998 à novembre 2000, de novembre 2001 à octobre 2003 et d'avril 2005 à avril 2007.
3. Par rapport médical du 3 mai 2007, le Dr A_____, spécialiste des maladies des poumons, mentionne comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome obstructif fixé sur asthme au long cours depuis 1995, un syndrome dépressif depuis 2005, une obésité BMI 39 depuis 1995 et une spondylarthropathie depuis 2005, et comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, une gastrite avec reflux gastro-oesophagien depuis 2002, ainsi qu'une rhinite chronique depuis 2002. La patiente est incapable de travailler à 100 % depuis juillet 2005. Parmi les limitations fonctionnelles, le médecin mentionne la position assise limitée à 2-3 heures, la nécessité d'alterner les positions assise et debout, les difficultés à se baisser, la difficulté à faire des mouvements des membres et du dos.
4. Sont joints à ce rapport médical de nombreux autres rapports de 2002 à 2007, du Dr B_____, rhumatologue, du Dr C_____, gastro-entérologue, du Dr D_____, gynécologue, du Dr E_____, oto-rhino-laryngologue et du Dr F_____, pneumologue :

Il ressort de ces rapports, en substance, que :

- une gastrite chronique d'intensité et d'activité marquées, à *Helicobacter pylori* est diagnostiquée en 2006 ;
- l'asthme est traité depuis 1991 et, depuis 1995, des décompensations plus ou moins sévères de l'asthme sont constatées, sur fond de bronchopneumonie obstructive et de sur-affection bronchique ;

- une infection des voies respiratoires et une sinusite sont diagnostiquées en 2002. Une décompensation de l'asthme dans le cadre d'une virose des voies aériennes supérieures et un syndrome obstructif modéré sont diagnostiqués à nouveau en 2003 ;
 - une spondylarthropathie, responsable de rachialgies diffuses, de raideur matinale, et d'un syndrome inflammatoire, est diagnostiquée en 2005, par la présence d'une discopathie L5-S1, une arthrose inter-apophysaire postérieure de L5 à S1, et une sacro-illite inflammatoire. Les diagnostics sont confirmés par la présence d'anticorps antinucléaires positifs et des radios ;
 - un dépistage de primo-infection tuberculeuse est proposé, en 2005, avant d'envisager une thérapie AINS. Le traitement de METHOTREXAT doit être interrompu en raison d'effets secondaires en 2005. Il est suivi par la prise d'ARAVA. En raison d'un test Mantoux positif, un traitement d'antibiotiques est mis en route, avant de débiter un traitement à l'Humira fin 2006.
5. Dans son rapport médical du 4 juin 2007, le Dr B_____ indique que le rhumatisme a débuté en 2002 environ par des rachialgies et des douleurs polyarticulaires des mains, genoux, chevilles et pieds. En juin 2005, un syndrome inflammatoire est mis en évidence, selon examen du sang. Un traitement d'AINS est mis en route avec 50 % d'amélioration en juillet et août 2005, puis traitement de METHODEXTRAT jusqu'en novembre 2005, interrompu en raison d'une perte de cheveux. Prise d'ARAVA jusqu'en novembre 2006. La patiente a consulté en février 2007 à nouveau, se plaignant de douleurs diffuses polyarticulaires et rachidiennes, souffrant d'une tendinite achilléenne gauche, de douleurs vertébrocostales, de thoracodynies, nécessitant la prise d'AINS. Un traitement de HUMIRA est mis en place pendant trois mois. Objectivement, le rhumatisme inflammatoire semble stabilisé cliniquement. Il persiste un discret syndrome inflammatoire biologique. Le traitement est interrompu et il est prévu d'évaluer la patiente dans un mois. Le médecin estime que la patiente pourrait travailler trois à quatre heures par jour, dans un environnement adapté, pour autant qu'elle puisse varier les postures et éviter les positions statiques prolongées.
6. L'assurée a déclaré, s'agissant de déterminer son statut, qu'elle exercerait le métier de caissière ou vendeuse à 100 %, si elle était en bonne santé, et ce depuis son inscription au chômage.
7. Sur mandat de l'OAI, le centre d'expertise médicale (CEMED) a procédé à une expertise rhumatologique, pneumologique et psychiatrique de l'assurée, les 20 novembre et 4 décembre 2007. Les experts ont examiné les nombreux rapports médicaux versés au dossier, ainsi que les rapports radiologiques. Ils ont procédé à une anamnèse, aux constatations objectives et à l'examen des plaintes subjectives de la patiente. Ils retiennent, sur le plan ostéoarticulaire, des douleurs diffuses

prenant tout le rachis, les mains jusqu'aux coudes et les genoux, irradiant dans toutes les jambes et les chevilles. Les sacro-iliaques sont douloureux. Tous les points de fibromyalgie sont positifs. Hormis les lésions des sacro iliaques, il n'y a pas, du point de vue radiologique, de lésions osseuses périphériques. Il y a une nette amélioration du syndrome inflammatoire depuis avril 2007, soit depuis l'introduction de l'HUMIRA, selon les bilans biologiques. L'épisode dépressif, lié au deuil du décès d'un frère en 2006, est en rémission et il n'y a pas de diagnostic du point de vue pneumologique. L'assurée présente une probable spondylarthropathie à HLA B 27 négatifs, non classable pour l'instant et actuellement calme du point de vue inflammatoire. Il n'y a pas de maladies inflammatoires des intestins, pas de psoriasis, pas de problème oculaire, urinaire ou gynécologique. La spondylarthropathie est le seul diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Depuis le traitement HUMIRA, la maladie est plus calme, malgré la persistance de douleurs diffuses, qui semblent actuellement plutôt de type syndrome douloureux chronique. La patiente n'a pas de traitement de fond et reçoit des anti-inflammatoires. Du point de vue fonctionnel, elle est limitée uniquement dans les travaux lourds, des stations debout prolongées et le port de charges. Durant les périodes de poussée inflammatoire, l'assurée est limitée dans toutes les activités. Avec un traitement efficace, il n'y a pas de limitation dans son ancienne activité professionnelle de téléphoniste-réceptionniste. La capacité de travail est donc de 100 %

8. Selon l'avis du 14 juillet 2008 du Dr G _____, du SMR, l'incapacité de travail est en relation avec la spondylarthropathie inflammatoire et est limitée de 2005 à fin octobre 2007.
9. Par projet du 16 juillet 2008, l'OAI a prévu d'accorder à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er juillet 2006 au 31 janvier 2008, soit trois mois après le 1^{er} novembre 2007, date à partir de laquelle le SMR estime que la capacité de travail est complète dans toute activité.
10. Par courrier du 6 août 2008, le Dr B _____ a indiqué à l'OAI que la patiente présentait, dès février 2008, des douleurs des membres inférieurs compatibles avec des enthésies type facéites plantaires et des lombalgies, des douleurs costo-vertébrales droites dès mai 2008 et, à nouveau, des tendinites bilatérales achilléennes. Un avis complémentaire avait été sollicité aux HUG. Par courrier du 3 novembre 2008, le Dr B _____ a précisé à l'OAI que le bilan demandé aux HUG avait commencé le 23 septembre 2008 et qu'il convenait de patienter.
11. Selon le rapport médical du département de rhumatologie des HUG du 1^{er} décembre 2008, la patiente présente des rachialgies, arthralgies et entésopathies dans le contexte d'une spondylarthropathie, associées à des douleurs mécaniques dans le contexte d'une surcharge pondérale importante. Au vu du jeune âge de la patiente, de ses douleurs invalidantes et de la mise en évidence d'éléments

inflammatoires du pied, selon IRM, les HUG proposent un essai de trois perfusions de REMICADE suivi d'une nouvelle IRM et d'une consultation de contrôle. En cas de réponse clinique franche, le traitement sera poursuivi. Dans le cas contraire, un traitement purement symptomatique par anti-inflammatoire et des infiltrations locales sera proposé à la patiente.

12. Selon avis du 23 février 2009 du Dr H_____, du SMR, la situation a été rediscutée avec un rhumatologue et il faut admettre que ce cas n'est pas stabilisé, car on ne fait pas un traitement de REMICADE à la légère. Pour le moment, il faut admettre que cette spondylarthropathie est effectivement invalidante et il convient de revoir la situation en avril, après les trois perfusions, afin que le service de rhumatologie des HUG indique quelle est la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée et quelles sont les limitations fonctionnelles.
13. Selon le courrier du 7 avril 2009 du département de rhumatologie des HUG, la patiente a malheureusement décidé de son propre chef de ne pas poursuivre le traitement, après les deux premières cures de REMICADE, estimant l'absence totale de réponse à ce dernier. Ainsi, une IRM de contrôle n'est pas utile. Le service propose à la patiente une perte de poids à mettre en place, associée à un reconditionnement physique global. Au vu d'une composante à prédominance mécanique des plaintes, l'absence de souhaits de la patiente de poursuivre le traitement, le service met un terme à sa consultation. Sur cette base, le Dr B_____ confirme, le 19 juillet 2009 l'incapacité de travail à 100 % depuis juillet 2005, une capacité résiduelle de travail entre 30 et 40 %, limitée par des douleurs mécaniques rachidiennes, des genoux et des talons. Dans un contexte d'une spondylarthropathie, peuvent se produire des poussées inflammatoires rachidiennes, des douleurs polyarticulaires touchant les mains, les poignets, les épaules, entraînant une incapacité totale.
14. Selon l'avis du 6 août 2009, du Dr H_____, du SMR, les douleurs plantaires de charges et les gonalgies de charges devraient pouvoir être améliorés par une diminution du poids. L'incapacité de travail est en partie due à la surcharge pondérale qui n'est pas à la charge de l'AI. Il propose donc un examen rhumatologique au SMR.
15. Un examen clinique de rhumatologie de l'assurée a été fait au SMR le 25 août 2009. Le rapport du Dr I_____, rhumatologue, se fonde sur une analyse détaillée des rapports médicaux, des radiologies et des IRM, de l'auscultation de la patiente et il conclut à une capacité de travail de 100 % dans l'activité de téléphoniste réceptionniste ou dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et ce depuis novembre 2007.

Le médecin retient le diagnostic de polyarthralgies dans un contexte de vraisemblable spondylarthropathie indifférenciée, HLA-B27 négatif. M 46.9 avec

effet sur la capacité de travail et les diagnostics d'obésité, de lombalgies chroniques et d'asthme bronchique, sans répercussion sur la capacité de travail.

Il admet l'existence de douleurs des quatre membres avec des polyarthralgies quotidiennes, variant selon les jours de localisation. Il ne peut pas exclure un rhumatisme inflammatoire. Il ne dispose pas de toutes les radios et ainsi, il ne peut pas se prononcer sur la suspicion de sacro-illite, mais relève l'absence de douleur à ce niveau.

Il retient les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail de force, ou nécessitant un roulement, pas d'exposition à l'humidité ou au froid, pas de port de charge au-delà de 7kg, pas de position statique plus de 30 minutes ou assise plus d'une heure. Il admet les conclusions du rapport du CEMED, qui avait retenu que suite à une réponse favorable au traitement à l'HUMIRA, la capacité de travail était entière depuis fin 2007. Il ajoute que la capacité de travail exigible est déterminée par la tolérance du rhumatisme inflammatoire aux contraintes mécaniques. Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles, l'exigibilité est complète dès novembre 2007.

16. Par décision du 1er octobre 2009, l'OAI octroie une rente entière d'invalidité limitée dans le temps soit du 1er juillet 2006 au 31 janvier 2008, confirmant son projet de décision du 16 juillet 2008.
17. Par acte du 19 novembre 2009, l'assurée forme recours contre la décision et indique que son état de santé ne s'est pas suffisamment amélioré pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel.
18. Par courrier du 17 décembre 2009, l'OAI a persisté dans sa décision.
19. Lors de l'audience du 26 janvier 2010, l'assurée a déclaré: "Pour la spondylarthropathie, j'ai effectivement refusé la troisième injection de Remicade, car les deux premières n'avaient pas fait d'effet sur les douleurs. Je n'avais pas d'effets secondaires. Le produit était très cher, soit 10'760 fr. pour les deux premières injections. Je suis aidée par l'Hospice général qui prend en charge mes primes d'assurance-maladie et le 10 % des frais à ma charge.

J'ai deux enfants de 12 et 5 ½ ans. Je m'occupe entièrement du petit : je l'amène et le ramène de l'école, je fais les repas, je fais le ménage. C'est mon mari qui fait les courses. Ma grande fille rentre aussi à midi. Je l'accompagne à son cours de gym.

Je ne peux pas travailler en raison de la fatigue provoquée par l'asthme et des diverses douleurs aux pieds, au dos et du manque de force dans les avant-bras".

20. Lors de l'audience du 9 mars 2010, le Dr B_____ a déclaré: " Je suis le médecin traitant de l'assurée depuis le 31 mai 2005.

Les diagnostics sont une spondylarthropathie, discopathie L5-S1, des douleurs cervicales C5-C6, des problèmes rotuliens des deux cotés et de l'asthme.

En 2005, la capacité de travail est nulle, en raison des critères objectifs qui démontrent l'inflammation due à la spondylarthropathie. L'évolution de 2005 à 2008 est difficile. La patiente est "intolérante" aux médicaments et elle a peur de leurs effets. De plus, elle ne ressent pas d'amélioration immédiate et craint le coût très élevé de ces produits biologiques. En conséquence, elle s'auto-limite dans la prise des médicaments.

En 2007, le traitement par HUMIRA a amélioré la situation d'environ 40 % à 50 %.

En 2008, les HUG ont tenté l'utilisation du REMICADE, mais la patiente a cessé après la deuxième perfusion. A sa décharge, elle a des antécédents de tuberculose qui l'obligent en raison du risque de récurrence lié au REMICADE, de faire d'abord un traitement antituberculeux durant un mois, qui est lourd (nausées, problèmes digestifs).

Quoi qu'il en soit, avec HUMIRA ou des anti-inflammatoires, compte tenu de l'ensemble des affections de la patiente, et de la surcharge pondérale, la capacité de travail n'a jamais été supérieure à 50 %.

En 2009 encore, la patiente a de nombreux symptômes douloureux liés à la spondylarthropathie, mais aussi à une arthrose débutante des genoux. Il y a des plaintes importantes, la souffrance est évidente, il y a des limitations et on trouve dans le sang la démonstration d'une inflammation. Il est difficile de déterminer si l'affection est dégénérative ou seulement inflammatoire.

Les limitations fonctionnelles sont dues aux multiples affections et sont les suivantes : alternance de la position assis/debout toutes les heures, pas de port de charges en se déplaçant, marche limitée à une demi-heure, pas de position accroupie/agenouillée, escaliers, etc.

L'aggravation de février 2008 concerne des douleurs plantaires du pied droit ainsi que de la cheville et des deux genoux, ainsi que du dos, qui peuvent toutes être liées à la spondylarthropathie.

Certes, un traitement de fond avec un médicament biologique améliorerait la situation. Toutefois, d'une part ce traitement n'est pas toujours à 100 % efficace. D'autre part, il ne réglerait pas les autres affections objectivées dont la patiente souffre, dont l'arthrose et la sacroïilite. Ainsi, et malgré le traitement susmentionné, la patiente continue à ressentir de nombreuses douleurs diffuses, ce qui rend le traitement difficile puisque elle ne perçoit pas les effets bénéfiques. Bien sûr, nous pouvons combiner divers médicaments et je l'ai tenté, mais les effets secondaires sont importants, soit perte de cheveux ou nausées.

Actuellement, la patiente prend les anti-inflammatoires prescrits par son généraliste. Il n'y a pas de traitement de fond en cours concernant la spondylarthropathie, le dernier était le REMICADE administré par les HUG".

21. La cause a été gardée à juger le 22 mars 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la demande de prestation a été formée le 19 avril 2007 et la décision litigieuse date du 28 octobre 2009. Le litige concerne l'octroi d'une rente postérieurement au 31 janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Sont litigieux l'octroi d'une rente au-delà du 31 janvier 2008, et singulièrement, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée dès fin novembre 2007, ainsi que les conséquences juridiques de l'interruption du traitement prescrit.
5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou

d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). Conformément à l'art. 7 al. 1^{er} LAI, 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 (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose 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.

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en

pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un COMAI – dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales sont garantis (ATF 123 V 175) – et un rapport médical établi par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est 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 exposés précédemment (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

6. Dans le cas d'espèce, l'avis des médecins traitants de l'assurée et de ceux du CEMED et du SMR se rejoignent totalement ou partiellement sur divers aspects.

D'abord, s'agissant des diagnostics à retenir. Le diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail est une spondylarthropathie. S'agissant des autres diagnostics évoqués, soit l'asthme et le syndrome obstructif d'une part, l'obésité d'autre part, ils ne sont pas en eux-mêmes invalidants. Par contre, la surcharge pondérale aggrave ou participe aux douleurs, selon les médecins traitants. Elle est l'une des causes principales, selon le SMR, des douleurs multiples que ressent l'assurée. La dépression n'est plus en question depuis 2007.

De même, les divers médecins sont concordants, s'agissant des limitations fonctionnelles dues à l'affection diagnostiquée: l'assurée doit alterner les positions assise et debout, elle ne peut pas rester en position statique debout plus de 30 minutes, ni assise plus d'une heure, le port de charges est limité à 7kg, son médecin traitant ajoute qu'elle ne peut pas s'accroupir, ni s'agenouiller, et s'agissant des affections respiratoires, elle ne doit pas travailler dans une atmosphère de poussières ou enfumée.

Enfin, tous les médecins admettent qu'un traitement biologique (HUMIRA ou REMICADE) améliore la situation inflammatoire et donc douloureuse, mais le Dr B_____ estime cette amélioration à 50%, alors que les autres médecins ne se prononcent pas précisément, se contentant d'affirmer que l'inflammation est plus calme sans exclure la présence de douleurs. Le CEMED précise qu'un traitement efficace éviterait les limitations constatées, sans se prononcer sur la réelle efficacité du traitement.

Par contre, les avis divergent, s'agissant de l'évolution de la situation au-delà de fin 2007. Le CEMED retient que l'assurée est limitée dans toutes ses activités lors de poussées inflammatoires mais, en raison de la période calme constatée lors de l'examen effectué en 2007, le CEMED conclut que la capacité est à nouveau entière depuis le traitement d'HUMIRA. Le SMR, suivant l'avis du CEMED reprend les mêmes conclusions, sans autre développement. Toutefois, le CEMED prend la précaution de préciser que l'évolution est difficilement prévisible avec ce genre de pathologie, avec des épisodes inflammatoires possibles pouvant être déclenchés par des efforts ou des traumatismes.

La contradiction de l'avis du SMR, basé sur l'expertise du CEMED, provient de son revirement de position fondé uniquement sur la décision des HUG d'administrer à l'assurée un traitement de REMICADE en 2008, car cela démontrerait que la situation est assez grave et n'est pas stabilisée. En effet, le SMR admet que l'affection retenue implique une incapacité de travail totale jusqu'à fin novembre 2007, la situation étant améliorée du fait du traitement administré peu avant, mais n'explique pas pourquoi elle n'impliquerait plus aucune incapacité de travail ensuite, malgré le constat d'une nouvelle aggravation début 2008 et les traitements tentés par les HUG.

Or, les avis constants du Dr B_____ indiquent que la situation ne s'est jamais complètement stabilisée et notablement améliorée depuis 2005. Il s'agit certes du médecin traitant, dont l'avis doit être considéré avec circonspection, compte tenu de l'empathie naturelle qu'il a pour sa patiente, mais qui a, par contre, l'avantage d'être fondé sur des examens réguliers de la patiente, une vérification concrète des effets bénéfiques des divers traitements tentés et une connaissance précise de son dossier radiologique, alors que le SMR se détermine en l'absence de certaines pièces du dossier et sur la base d'un seul examen.

Par ailleurs, il y a divergence s'agissant de l'efficacité des divers traitements administrés, comme indiqué plus haut, et en particulier, des conséquences de l'interruption des perfusions de REMICADE. Sans aucune explication, les médecins du SMR (le CEMED ne s'est plus prononcé suite à l'expertise de décembre 2007) affirment que la fin du traitement n'a pas impliqué d'aggravation, alors qu'avant son administration, le SMR considère que la décision des HUG est la démonstration de ce que l'affection est invalidante.

C'est donc en réalité en raison de l'abandon du traitement, mais sans justification explicite, que le SMR conclut à une totale capacité de travail et à la fin de l'octroi d'une rente entière dès fin novembre 2007.

A ce propos, les explications données par le Dr B _____ sont circonstanciées et documentées sur plusieurs années de traitement. D'une part, il faut admettre que la patiente est fondée à cesser divers traitements dont les effets secondaires (nausées et problèmes digestifs dus au traitement préalable concernant la tuberculose, ainsi qu'au cumul de divers traitements) sont aussi perturbants que l'affection traitée, mais de surcroît source d'inquiétude quant à la nocivité du traitement (perte de cheveux). D'autre part, il a été démontré que les divers traitements tentés améliorent seulement partiellement la situation, preuve en sont les résultats biologiques qui montrent encore des signes inflammatoires après la fin d'un traitement complet d'HUMIRA, à une période (fin 2007) où la situation douloureuse était la plus calme. A ce sujet, l'examen de l'ensemble des rapports médicaux montre de régulières périodes d'aggravation de l'état de santé de la patiente, ce que le SMR semble admettre, lorsqu'il indique que la capacité de travail dépend de la résistance du rhumatisme inflammatoire aux contraintes mécaniques, dès lors que l'intensité de l'inflammation peut varier et donc avoir des conséquences sur la capacité de travail.

Par ailleurs, aucun élément pertinent ne permet d'exclure l'existence et le lien de causalité entre les douleurs, constatées par tous les médecins, et les affections retenues, avec un degré de vraisemblance suffisant pour être admis. Il faut ajouter que les analyses des radios faites par le Dr B _____, et pour certaines non examinées par le SMR, indiquent la présence, en sus de la spondylarthropathie, d'une sacroïllite (le CEMED relève des douleurs et une lésion radiologique) et une arthrose débutante des genoux, qui sont la source de douleurs supplémentaires.

Reste à examiner la part de l'obésité et de l'absence de traitement dans le taux de la capacité de travail de l'assurée. Tous les médecins, y compris le Dr B _____, indiquent que l'obésité aggrave les douleurs ressenties par l'assurée. Toutefois, il n'est pas possible d'admettre que la perte de poids, à elle seule, permettrait de considérablement améliorer la situation. A défaut, comment expliquer, alors que l'obésité est constante depuis 2005, les aggravations et améliorations intervenues depuis lors. L'absence de compliance aux traitements proposés est certainement aussi responsable, en partie, du caractère stationnaire, avec des phases de poussées inflammatoires, de la situation. Toutefois, les rapports médicaux montrent, d'une part, que les traitements les plus forts avaient eu un effet limité dans le temps, et, d'autre part, qu'il n'était pas toujours exigible de l'assurée qu'elle se soumette, en permanence à des traitements lourds et aux effets secondaires pénibles, alors que leur efficacité n'est que partielle.

Ainsi, compte tenu de l'ensemble des motifs qui précèdent, le Tribunal retiendra que l'avis du Dr B_____ est nuancé, qu'il tient compte de la part de l'obésité et de l'absence de traitement de fond continu lorsqu'il retient qu'avec ce traitement, la capacité de travail de l'assurée ne dépasserait pas 50%, et ce dans une activité adaptée. De plus, la fluctuation des périodes inflammatoires, l'existence d'autres affections invalidantes et la présence de douleurs constantes ont convaincu le Tribunal de ce qu'une activité de plus de quelques heures chaque jour n'est pas exigible régulièrement de la part de l'assurée. De même, l'activité de réceptionniste-téléphoniste, dans un environnement ordinaire de travail, s'accommode mal de la nécessité de ne pas rester assise plus d'une heure.

Sur cette base, afin de tenir compte de la part de l'obésité et de l'irrégularité des traitements dans l'incapacité de travail, le Tribunal retient que la capacité de travail résiduelle de l'assurée est de 60%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais qu'en raison de la réduction du rendement liée aux nécessités d'alterner les positions, la capacité de travail est de 50%, donnant droit à une demi-rente depuis le 1^{er} février 2008.

7. Le recours sera donc partiellement admis et un émolument de 200 fr sera mis à charge de l'OAI qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 1^{er} octobre 2008, en tant qu'elle refuse toute rente à l'assurée dès le 1^{er} février 2008.
3. Dit que l'assurée doit être mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2008.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI .
5. 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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