

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4616/2008

ATAS/247/2010

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 10 mars 2010

En la cause

Madame R_____, domiciliée à ONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Me Etienne SOLTERMANN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après l'assurée), née en 1966, de nationalité portugaise, est arrivée en Suisse durant l'année 1992. Elle a travaillé, à plein temps, en qualité d'opératrice auprès de X_____ SA du 1^{er} octobre 2001 au 31 août 2006, date à laquelle elle a subi un arrêt de travail de 50%.
2. Le 10 juillet 2007, l'assurée a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) une demande de prestations visant l'octroi d'une rente.
3. Par rapport du 19 juillet 2007, le Dr A_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, a retenu le diagnostic de spondylarthrite séronégative depuis plusieurs années et attesté que l'assurée présentait des douleurs polyarticulaires et sacro-iliaques. Sa capacité de travail était de 50% dans son activité habituelle dès le 31 août 2006 et ne pouvait pas être améliorée. Une autre activité n'était pas exigible de l'assurée. Ses limitations fonctionnelles concernaient les positions assise et debout plus de quatre heures par jour, le port de charges de plus de cinq kilogrammes, ainsi que les mouvements des membres et du dos répétitifs.

Ce médecin a communiqué à l'OAI un rapport du Dr B_____, spécialiste FMH en radiologie médicale et radiodiagnostique, portant sur un scanner des articulations sacro-iliaques effectué en date du 14 février 2006. Ce médecin a mis en évidence un remaniement morphologique correspondant à une sacro-iliite érosive bilatérale évoquant une pelvi-spondylite.

4. Par questionnaire du 24 juillet 2007, l'employeur de l'assurée a déclaré que dès 2007, son salaire mensuel était de 4'618 fr. versé treize fois l'an, montant auquel il y avait lieu d'ajouter 190 fr. par mois, au titre de participation à l'assurance-maladie.
5. Dans un rapport du 28 août 2007, le Dr C_____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a, comme le Dr A_____, indiqué qu'elle souffrait d'une spondylarthrite séronégative depuis plusieurs années et confirmé que sa capacité de travail résiduelle était de 50% dans son activité habituelle depuis le 31 août 2006 et qu'elle ne pouvait entreprendre une autre activité lucrative. L'assurée présentait des limitations à effectuer les mouvements des membres ou du dos répétitifs.
6. Le 19 septembre 2007, l'assureur perte de gain a fait parvenir à l'OAI divers documents médicaux, dont :

- un courrier du 6 septembre 2006 du Dr A_____, lequel a constaté une diminution des douleurs et une amélioration des déplacements de l'assurée depuis

l'introduction du traitement d'Enbrel. Elle avait cependant toujours plus de difficultés à accomplir ses activités professionnelles, attendu qu'elle était soumise aux exigences d'une chaîne de montage ;

- plusieurs certificats de ce même médecin, le dernier établi le 28 août 2007, attestant de l'incapacité de travail de l'assurée de 50% dès le 30 août 2006.

7. Le Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, a été mandaté par l'OAI pour diligenter une expertise médicale, qu'il a rendue en date du 28 janvier 2008. Il a rencontré l'assurée en date du 24 janvier 2008 et a retenu les diagnostics de syndrome polyinsersionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), de syndrome de fatigue chronique, de lombo-pygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire : sacro-illite sur probable spondylarthropathie séronégative stabilisée sous traitement d'anti-TNF-alpha et périarthropathie de hanches des deux côtés (ddc), tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et de status post-ovariectomie gauche pour grossesse extra-utérine.

Dans le cadre de l'anamnèse, il a attesté que l'activité habituelle de l'assurée ne nécessitait pas de port de charges ni de mouvement en porte-à-faux.

Lors de l'examen, l'expert a principalement relevé un syndrome de fatigue chronique et des douleurs péri-articulaires des hanches probablement imputables à un syndrome polyinsersionnel douloureux récurrent (présence de 14 points de fibromyalgie sur 18) avec nette diminution du seuil de tolérance à la douleur. Aucun signe parlant en faveur d'un trouble anxio-dépressif sous-jacent n'a été mis en évidence. Il a noté qu'une sacro-iliite ressortait des images radiologiques et que le reste du bilan radiologique était normal. Il a requis, d'un point de vue thérapeutique, que l'assurée bénéficie d'une prise en charge physiothérapeutique et balnéothérapique ainsi que de l'introduction d'une médication antalgique, voire myorelaxante, et d'une médication tricyclique. En intensifiant le traitement, il pensait que le rendement pouvait être amélioré. Par ailleurs, au vu du traitement par anti-TNF-alpha avec réponse suffisamment favorable, il excluait actuellement une « atteinte inflammatoire à la genèse de la symptomatologie douloureuse ». D'après lui, l'assurée présentait essentiellement une fatigue qu'il y avait probablement lieu d'insérer dans le contexte d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec syndrome de fatigue chronique.

Les limitations fonctionnelles concernaient les longs bras de levier, le port de charges répétitif de plus de cinq kilogrammes, les positions immobiles assise ou debout prolongées. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, d'après l'expert, dans une activité adaptée, permettant d'alterner les positions assise ou debout et d'éviter les ports de charges.

L'expert a conclu qu'au vu du traitement d'anti-TNF-alpha qui a été bénéfique à l'assurée et de la possibilité d'améliorer le rendement par une prise en charge physiothérapeutique et médicamenteuse, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées.

8. Par avis du 14 février 2008, la Dresse E _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a pris note des conclusions du rapport d'expertise et a requis un examen psychiatrique eu égard au diagnostic de fibromyalgie posé par l'expert.
9. Le 12 mars 2008, la Dresse F _____, médecin psychiatre au SMR, a examiné l'assurée et n'a pas retenu, dans son rapport du lendemain, de diagnostic psychiatrique. Elle a notamment exclu l'existence d'une dépression majeure, d'une anxiété généralisée, d'une décompensation psychotique, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un trouble phobique, d'un trouble de la personnalité morbide, d'une perturbation de l'environnement psychosocial ou de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. En l'absence de toute pathologie invalidante, la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans toute activité lucrative.
10. Le 18 mars 2008, la Dresse E _____ a établi, au vu des rapports d'expertise et d'examen SMR, que l'assurée présentait une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée dès le 24 janvier 2008, date de l'expertise rhumatologique.
11. Le 12 juin 2008, un employé de l'OAI a estimé que c'était dans son activité habituelle que l'assurée avait le plus de chance de mettre en valeur sa capacité de travail. Des mesures professionnelles n'étaient ainsi pas indiquées.
12. Le 23 septembre 2008, l'OAI a signifié à l'assurée un projet d'acceptation d'une demi-rente limitée du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2008. En effet, à l'issue du délai de carence, sa capacité de travail était de 50%, de sorte qu'elle avait droit à une demi-rente dès ce moment-là. Cependant, elle pouvait reprendre son activité habituelle à 80% dès le mois de janvier 2008, de sorte que son taux d'invalidité de 20% ne lui ouvrait plus de droit au maintien d'une rente.
13. Par courrier du 12 octobre 2008, l'assurée a contesté ledit projet de décision au motif que son incapacité de travail était toujours de 50% et sollicitait que l'OAI prenne en considération un nouveau rapport du Dr A _____, qui allait lui parvenir rapidement.
14. Le 10 novembre 2008, le Dr A _____ a, tout d'abord, considéré qu'aucun élément ne permettait de retenir sérieusement le diagnostic de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) posé par le Dr

D_____. Le Dr A_____ a en revanche constaté la présence certaine - et « non pas probable » - du diagnostic de spondylarthrite séronégative HLA-B27 avec atteinte sévère des sacro-iliaques (au premier plan) ainsi qu'une modification morphologique des articulations sacro-iliaques. Pour poser ces diagnostics, ce médecin s'est référé au scanner des sacro-iliaques du 14 février 2006 et aux radiographies de la colonne lombaire et du bassin du 24 janvier 2008. D'après lui, la pathologie relevée excluait clairement une capacité de travail de plus de 50%. En effet, l'emploi d'ouvrier obligeait l'assurée à garder une position assise plus de huit heures par jour, toutefois, cette position ne pouvait être raisonnablement exigible d'elle plus de quatre heures par jour, compte tenu de la pathologie touchant aux articulations sacro-iliaques. Enfin, la limitation du port de charges ne pouvait améliorer cette capacité de travail et une prise en charge physiothérapeutique et balnéothérapeutique n'était pas susceptible de modifier l'atteinte structurelle touchant les articulations du bassin.

15. Par décision du 20 novembre 2008, l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision du 23 septembre 2008.
16. Par acte du 16 décembre 2008, l'assurée, représentée par ASSISTA TCS SA, a sollicité, préalablement, l'audition du Dr A_____, principalement, le renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et, subsidiairement, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.
17. Dans sa réponse du 6 février 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a rappelé que sa décision était basée sur un rapport d'expertise rhumatologique du 28 janvier 2008 et sur un rapport d'examen psychiatrique du 13 mars 2008, rapports présentant tous deux pleine valeur probante.
18. Par écriture complémentaire du 20 mars 2009, l'assurée, représentée par Me Etienne SOLTERMANN, a préalablement requis la comparution personnelle des parties, l'audition du Dr A_____ et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il a conclu, principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour une durée indéterminée et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il a essentiellement soutenu que la position du Dr A_____ aurait dû être prise en considération par l'OAI et qu'aucun argument pertinent ne permettait de s'écarter en faveur des conclusions du rapport du Dr D_____.
19. Par courrier du 25 mars 2009, le Tribunal de céans a requis des informations complémentaires de la part du Dr D_____. Le 30 mars 2009, celui-ci a indiqué que le diagnostic de spondylarthropathie était difficile tant à affirmer qu'à infirmer. En effet, la spondylarthropathie avait uniquement été retenue en 2005 sur la base d'une IRM, sans injection de Gadolinium. De plus, le scanner du 14 février

2006 ne permettait pas de conclure à un remaniement osseux des articulations sacro-iliaques avec contour flou et le bilan sanguin n'avait pas pu mettre en évidence de sérologie HLA-B27 positive. Quoiqu'il en soit, il a estimé qu'au dire de l'assurée, l'évolution était favorable sous traitement d'anti-TNF alpha, même s'il persistait des douleurs, qui, d'après lui, n'étaient pas d'origine inflammatoire imputable à la spondylarthropathie, mais plutôt compatibles avec une polyinsertionnisme.

Par ailleurs, il a expliqué que, d'après l'anamnèse et ses constatations objectives, le diagnostic de fibromyalgie était fortement suspecté, toutefois, il n'existait pas de tests paracliniques pouvant le confirmer. Il s'agissait d'un diagnostic d'exclusion. En outre, il a insisté sur le fait que la physiothérapie et la balnéothérapie pouvaient avoir des effets bénéfiques sur la spondylarthropathie et les douleurs insertionnelles, ce qui était confirmé par des études scientifiques récentes.

L'expert n'a ainsi modifié ni son appréciation ni ses diagnostics. Selon lui, l'impotence fonctionnelle résultait non pas de l'atteinte inflammatoire découlant d'une possible spondylarthropathie ankylosante sous-jacente, mais d'un syndrome de fatigue chronique, à insérer dans le contexte d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

20. Par courrier du 29 avril 2009, le Dr A _____ a contesté les affirmations du Dr D _____ au sujet du diagnostic de spondylarthrite. En effet, l'examen des articulations sacro-iliaques de février 2006 était suffisant pour confirmer ce diagnostic et le dosage de l'HLA-B27 était positif, contrairement à ce qu'avait allégué l'expert. Par ailleurs, le diagnostic de fibromyalgie étant un diagnostic d'exclusion pour l'expert, il ne pouvait pas être retenu dans le cas de l'assurée au vu de l'existence de la spondylarthrite. D'après le Dr A _____, aucun argument anamnestique ni clinique ne permettait du reste de poser le diagnostic de fibromyalgie. En conclusion, il a confirmé que l'assurée souffrait d'une spondylarthrite séronégative et qu'il n'y avait aucune raison de modifier son traitement biologique, celui-ci lui permettant de poursuivre son activité lucrative à 50%, malgré une atteinte à la santé qu'il a qualifiée de sévère.
21. Par acte du 8 juin 2009, l'OAI a persisté dans ses conclusions précédentes et a produit un avis du 3 juin 2009 de médecins du SMR, lesquels ont tout d'abord constaté que tant l'expert que le rhumatologue traitant avaient retenu la présence d'une pathologie sacro-iliaque, mais qu'elle avait, d'après chacun d'eux, une conséquence différente sur la capacité de travail de l'assurée. Par ailleurs, ils ont expliqué que pour poser le diagnostic de fibromyalgie, le patient devait se plaindre d'au moins 11 points douloureux sur 18, de sorte que c'était à juste titre que l'expert l'avait retenu. Toutefois, la fibromyalgie n'avait pas de caractère invalidant, attendu que l'assurée ne présentait pas de pathologie psychiatrique invalidante. En ce qui concernait la spondylarthrite séronégative, les médecins du

SMR ont indiqué que l'anamnèse était peu typique et que la seule présence de l'HLA-B27 ne suffisait pas à poser ce diagnostic. Il existait même des cas de spondylarthropathie où les patients n'étaient pas porteurs de ce gène. C'était la clinique, soit en l'espèce l'absence de processus inflammatoire et les limitations fonctionnelles, qui étaient déterminantes pour estimer la capacité de travail de l'assurée. Ainsi, au vu du status détaillé et rassurant du Dr D_____ et des limitations fonctionnelles peu nombreuses, les médecins ont estimé qu'il y avait lieu de s'écarter de l'incapacité de travail de 50% retenue par le Dr A_____.

22. En date du 15 septembre 2009 s'est tenue une audience d'enquêtes lors de laquelle le Dr A_____ a été entendu. Il a expliqué que la spondylarthrite était une des grandes maladies rhumatismales, soit une atteinte inflammatoire des articulations, en l'occurrence de celles du bassin chez l'assurée, qui conduisait à la destruction de l'articulation elle-même. Le diagnostic a été posé en 2005, mais la pathologie était déjà présente depuis un certain temps. Il avait pu constater la destruction des articulations de l'assurée, qui lui générait d'importantes douleurs. Ces lésions étaient parfaitement objectivables et ressortaient clairement de l'IRM effectuée le 29 novembre 2005 et, dans une certaine mesure, du scanner de février 2006. Il a précisé qu'il n'était pas déterminant que le gadolinium n'ait pas été injecté lors du scanner de l'assurée, attendu que les lésions étaient déjà parfaitement visibles même sans cette injection. En effet, le gadolinium ne permettait que de renforcer, si besoin est, la vision des articulations, ce qui n'était pas nécessaire dans le cas de l'assurée.

Par ailleurs, il a déclaré que le HLA-B27 était un antigène se retrouvant chez 2% de la population environ, lequel se transmettait génétiquement. Les porteurs de cet antigène étaient d'avantage susceptibles de développer une spondylarthrite. Il s'agissait d'un facteur de risque, ce qui ne faisait que renforcer le diagnostic posé, sans être toutefois un élément déterminant de ce diagnostic.

En revanche, selon le Dr A_____, le diagnostic de fibromyalgie ne saurait être retenu, car une inflammation des articulations, laquelle était clairement présente chez l'assurée, l'excluait. Il n'avait d'ailleurs pas constaté la présence des éléments diagnostics de la fibromyalgie. D'après lui, le diagnostic de spondylarthrite était si clair qu'il n'y avait pas besoin de rechercher un autre diagnostic, soit en l'espèce, celui de fibromyalgie.

Le médecin a également confirmé que le diagnostic posé expliquait les douleurs de l'assurée ainsi que sa capacité de travail de 50% uniquement, capacité qui ne pouvait pas être atteinte sans le traitement prodigué. En effet, sans traitement, l'assurée serait totalement incapable de continuer à exercer une activité lucrative.

Enfin, il a souligné que la maladie de l'assurée était évolutive et que seul un blocage de l'évolution était possible grâce au médicament spécifique que prenait

l'assurée avec succès, étant précisé que, dès l'arrêt du traitement, l'évolution reprendrait son cours. Il n'existait aucun autre type de médicament que celui dispensé à l'assurée pour traiter la maladie. Le traitement de physiothérapie en piscine, dont bénéficiait l'assurée, permettait uniquement de maintenir une certaine mobilité. Le médecin a au demeurant été surpris par la remarque de l'expert concernant le changement de traitement biologique, attendu qu'il n'en existait que trois. L'assurée en prenait un des trois et y répondait bien, de sorte qu'il n'y avait aucune raison de le modifier.

23. Le 1^{er} octobre 2009, le Dr A_____ a fait parvenir au Tribunal de céans les examens du test HLA B27, effectué le 29 février 2009 par UNILABS, lequel s'était révélé positif.

24. Par détermination du 22 octobre 2009, l'OAI a maintenu sa position et produit un nouvel avis du SMR du 30 septembre 2009, duquel il ressort que, lors de l'examen physique, l'articulation sacro-iliaque n'était pas douloureuse à la mobilisation, mais que les radiographies montraient qu'elle présentait une inflammation. Cela ne permettait pas de conclure que la spondylarthrite était responsable des douleurs. D'après les médecins du SMR, le diagnostic de fibromyalgie devait être posé lorsqu'aucune autre pathologie somatique ne permettait d'expliquer d'une meilleure manière les douleurs présentées, de sorte qu'en présence de 14 points douloureux sur 18, le diagnostic de fibromyalgie ainsi que celui de syndrome de fatigue chronique devaient être retenus.

Par ailleurs, l'OAI a signalé que le rapport d'UNILABS du 29 février 2009 était caviardé et qu'après contact avec ce laboratoire, il s'agissait en réalité d'un rapport intermédiaire, dont les conclusions étaient susceptibles d'être modifiées.

25. Par acte du 10 novembre 2009, l'assurée a essentiellement soutenu que l'antigène HLA-B27 était, comme expliqué par le Dr A_____, un indicateur d'une plus grande probabilité de développer une spondylarthrite, toutefois, il ne s'agissait que d'un élément renforçant la présence de ce diagnostic et non d'un élément indispensable pour le poser, de sorte qu'il n'était pas déterminant que le document d'UNILABS soit caviardé. En effet, le Dr A_____ avait établi avec certitude que l'assurée présentait une spondylarthrite séronégative et constaté, de manière objectivable, les lésions de ses articulations.

26. Saisi d'une demande de récusation de l'OAI concernant Madame la Juge dans l'ensemble des causes dont elle était chargée en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal de céans l'a rejetée par arrêt du 27 novembre 2009, lequel a été transmis à l'assurée en date du 2 décembre 2009.

27. La cause a été gardée à juger en date du 8 janvier 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 son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 20 novembre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1^{er} janvier 2004 et du 1^{er} janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité postérieurement au 31 mars 2008 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité postérieurement au 31 mars 2008.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les

circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). 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).

De plus, en vertu de l'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain d'un assuré 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. Il y a principalement lieu de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré depuis le 24 janvier 2008.
7. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).
8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b/aa) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

b/bb) 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).

b/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 p. 352) 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 p. 175; 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 (cf. not. arrêt non publié du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009)

b/dd) Le Tribunal fédéral a cependant eu l'occasion d'expliquer que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du

Tribunal fédéral non publiés 9C_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés précédemment, une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C_885/2007, consid. 3.2).

9. a/aa) En l'espèce, la décision litigieuse est essentiellement basée sur l'appréciation du Dr D _____, lequel a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), de syndrome de fatigue chronique, de lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire : sacroiliite sur probable spondylarthropathie séronégative stabilisée sous traitement d'anti-TNF-alpha et périarthropathie de hanches des deux côtés (ddc), tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, devant permettre les changements de position assise et debout et d'éviter les mouvements en porte-à-faux avec longs bras de levier et le port de charges répétitif de plus de cinq kilogrammes.

a/bb) Il doit être constaté que si le rapport de l'expert du 28 janvier 2008 et son courrier du 30 mars 2009 se fondent sur une anamnèse de l'assurée, sur ses plaintes, son dossier radiologique et sur des examens cliniques, ces documents médicaux comportent, cependant, une motivation déficiente et des incohérences. L'appréciation du cas est tout d'abord très succincte, l'expert ne discutant notamment pas les raisons qui l'amènent à retenir les différents diagnostics posés. Il se dit frappé par la présence de douleurs périarticulaires, qui sont, d'après lui, « probablement » imputables à une fibromyalgie, sans apporter de justification et sans dire pourquoi d'autres atteintes objectives ne permettent pas de les expliquer. Il retient ensuite que les images radiologiques « parlaient en faveur » d'une sacroiliite, toutefois, il n'explique pas quelles étaient les conséquences d'une telle affection. Dans son rapport subséquent du 30 mars 2009, il souligne également que le diagnostic de fibromyalgie est un diagnostic d'exclusion, alors même qu'il n'exclut pas la présence d'autres diagnostics tels que la sacroiliite objectivée par le scanner du 15 février 2006 ou la périarthropathie des deux hanches.

L'expert expose enfin que la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité adaptée, sans port de charges, sans position en porte-à-faux avec longs bras de levier et permettant les changements de position, alors que l'activité habituelle de l'assurée, laquelle consistait à assembler des montres en posant des aiguilles et des quadrants et à contrôler des montres, ne nécessitait ni port de charges ni mouvement en porte-à-faux. Cette conclusion donne l'impression que l'expert n'a pas fait le lien entre l'exposé de son anamnèse et sa conclusion.

a/cc) Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans estime que l'expertise n'est pas suffisamment claire et motivée pour tirer des conclusions définitives sur l'état de

santé de l'assurée ainsi que sur sa répercussion sur sa capacité de travail. Elle ne saurait ainsi présenter pleine valeur probante au sens où l'entend la jurisprudence.

b/aa) Reste cependant à déterminer si l'appréciation du Dr A_____ permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

b/bb) Le Dr A_____ a affirmé, sur la base d'une imagerie médicale de novembre 2005 et d'un scanner de février 2006, que l'assurée souffrait d'une spondylarthrite séronégative avec atteinte sévère des sacro-iliaques. Le scanner avait en effet mis en évidence une sacro-iliite érosive bilatérale évoquant une pelvispondylite, de sorte qu'on comprend les raisons qui ont amené ce médecin à retenir le diagnostic susmentionné. Par ailleurs, lors de l'audience de comparution personnelle, il a défini en quelques mots cette affection rhumatismale, expliquant notamment qu'elle conduisait à la destruction de l'articulation elle-même, ce qui était le cas des articulations de l'assurée, lui causant d'importantes douleurs. Il s'est également prononcé sur les déclarations de l'expert concernant la manière dont le scanner avait été effectué ou encore sur la présence de l'antigène HLA-B27 chez l'assurée. Enfin, il a déterminé pour quelle raison le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait pas être retenu.

c) Au vu de ce qui précède, il est vrai que le Dr A_____ a exprimé son point de vue de manière motivée et qu'il a été convainquant lorsqu'il a exposé l'état de santé de l'assurée au Tribunal de céans, toutefois, il y a lieu de tenir compte qu'il est le rhumatologue traitant de l'assurée, de sorte que ses déclarations sont à prendre avec une certaine retenue, attendu qu'il est enclin, d'après la jurisprudence, en cas de doute, à prendre parti pour son patient.

En outre, le Tribunal de céans constate qu'il existe des divergences importantes entre ses constatations objectives et celles de l'expert. D'une part, alors même que ces médecins se sont tous deux basés sur les mêmes examens radiologiques ainsi que sur l'examen personnel de l'assurée, le diagnostic de spondylarthrite séronégative est indubitablement posé par le Dr A_____, mais considéré difficile tant à affirmer qu'à infirmer par l'expert. D'autre part, la présence d'une inflammation a été niée par l'expert et admise par le Dr A_____, de sorte qu'il en découle, pour le premier, que le diagnostic de fibromyalgie doit être posé et, pour le second, qu'il doit être exclu. En outre, on ne connaît pas l'influence exacte du traitement d'anti-TNF alpha sur l'état de santé de l'assurée, attendu que l'expert a estimé que la médication prise avait amendé l'inflammation, alors que le Dr A_____ a expliqué que ce traitement avait bloqué l'évolution de la maladie, sans toutefois parler de son effet anti-inflammatoire. Leurs appréciations divergent ainsi concernant la présence tant de la spondylarthrite séronégative que de l'inflammation des articulations l'assurée, éléments objectifs sur lesquels les médecins devraient avoir des visions concordantes.

d) Au vu de ces positions opposées et du fait qu'il y a lieu de tenir compte que le médecin traitant, est enclin, d'après la jurisprudence, à prendre parti pour son patient, le Tribunal de céans ne saurait statuer de manière définitive sur l'état de santé de l'assurée. La cause n'étant pas en l'état d'être jugée, une expertise sera dès lors ordonnée.

Il doit être précisé que le diagnostic de fibromyalgie a été retenu par l'expert et que, conformément à la jurisprudence, outre l'appréciation d'un rhumatologue, une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et les références). En l'espèce, dans l'hypothèse où le médecin rhumatologue mandaté devait retenir un tel diagnostic, nul n'est besoin de requérir qu'un psychiatre se prononce sur l'état de santé psychique de l'assurée. En effet, un examen psychiatrique a déjà été effectué par un médecin du SMR, lequel exclut très clairement toute atteinte psychique et il ne ressort du reste pas du dossier que l'assurée se soit plainte de troubles psychiques.

Par conséquent, seule une expertise rhumatologique sera ordonnée, laquelle sera confiée à la Doctoresse Corinne G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel devra prendre tous renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné l'assurée par le passé et effectuer tout examen utile à l'appréciation de son état de santé.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise rhumatologique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, du dossier de la présente procédure et si nécessaire, après avoir requis tous renseignements auprès des médecins ayant examiné l'assurée et avoir effectué tout examen indispensable.
2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de se déterminer sur les points suivants:
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives et plaintes de l'assurée.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s) rhumatologique(s).
 5. Dire si l'assurée présente une inflammation de ses articulations. Si oui, desquelles.
 6. Dire si et pour quelles raisons le diagnostic de spondylarthrite séronégative doit être ou ne doit pas être retenu.
 7. Dire si et pourquoi le diagnostic de fibromyalgie doit être ou ne doit pas être retenu.
 8. Déterminer le traitement indiqué, et en particulier se prononcer sur l'adéquation du traitement médicamenteux par anti-TNF alpha et ses effets sur les atteintes dont souffre l'assurée.
 9. Préciser l'évolution de l'état de santé entre le mois d'août 2006 et la fin de l'année 2008.
 10. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de l'assurée, en pour-cent.

11. Préciser la date à partir de laquelle l'assurée présente une incapacité de travail dans son activité habituelle et l'évolution, depuis quelle(s) date(s), du taux de cette incapacité.
 12. Indiquer si une activité adaptée est exigible et, si oui, laquelle, à quel taux et depuis quelle date.
 13. Indiquer les mesures de réadaptation envisageables et évaluer leurs chances de succès.
 14. Apprécier les constatations et conclusions de l'expert et du rhumatologue traitant.
 15. Faire toute autre observation ou suggestion utile.
3. Commet à ces fins la Doctoresse G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève.
 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.
 5. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe, le