

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4616/2008

ATAS/814/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 17 août 2010

En la cause

Madame R_____, domiciliée au Petit-Lancy, 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, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

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 que sa patiente 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 le 24 janvier 2008 et a retenu les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), de syndrome de fatigue chronique, de lombo-pygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire : sacro-iliite 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 indiqué 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 polyinsertionnel 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 balnéothérapeutique 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 répétitif de charges 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 le port 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 polyinsersionnel 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 interjeté recours contre ladite décision de l'OAI et 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 un avocat, a préalablement requis la comparution personnelle des parties, l'audition du Dr A_____ et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle 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. Elle 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. Quoi qu'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 des 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 n'était susceptible 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. Le Tribunal de céans a rejeté, par arrêt du 27 novembre 2009, la demande de récusation de l'OAI concernant Madame S _____, alors présidente, dans l'ensemble des causes dont elle était chargée en matière d'assurance-invalidité.

27. Par ordonnance du 10 mars 2010, le Tribunal de céans a ordonné qu'une expertise rhumatologique soit mise en œuvre, laquelle a été confiée à la Dresse G_____, spécialiste FMH en rhumatologie. En effet, il a été considéré que le rapport du Dr D_____, mandaté par l'intimé, ne présentait pas valeur probante au sens de la jurisprudence et que les constatations objectives des Drs D_____ et A_____ recelaient d'importantes divergences.
28. Par rapport du 29 avril 2010, la Dresse G_____ a posé les diagnostics de spondylarthrite séronégative avec présence de l'antigène HLAB27 et dans ce contexte : sacro-iliite clinique bilatérale en rémission clinique, bursite sous acromioclaviculaire droite en rémission, épisodes de périarthropathie de hanche gauche avec enthésite trochantérienne en rémission et épisodes de dorsolombalgie de caractère inflammatoire en rémission, de fatigue chronique, de déconditionnement musculaire global, de troubles statiques sagittaux du rachis dorsolombaire avec hypercyphose dorsale et hyperlordose lombaire et d'épisode d'uvéite antérieure, diagnostics ayant tous une influence sur la capacité de travail. Les autres diagnostics étaient ceux de coxarthrose bilatérale débutante, d'amplification des symptômes et d'arthrose des articulaires postérieures lombaires en L4-L5 et L5-S1 prédominant à droite.

Dans le cadre de l'anamnèse, elle a rapporté que la recourante effectuait tous les jours des courses, ainsi que des tâches ménagères, qu'elle allait également se promener deux heures en forêt avec sa fille le mercredi ou encore qu'elle faisait la lessive deux fois par semaine.

Par ailleurs, l'expert a pris note du fait que la recourante avait estimé que ses symptômes étaient restés identiques dans tous les sites de douleurs, alors même qu'elle ne faisait plus état de douleurs aux épaules, aux cervicales et que les tests de provocation à la palpation et à la mobilisation n'engendraient pas de retrait ou de réaction propres à une douleur considérée comme très forte (7/10). Lors de l'examen, la recourante a dû se lever quelques secondes à plusieurs reprises, elle bougeait assez souvent sur sa chaise, mais croisait spontanément les membres inférieurs, même si cette position aggravait, d'après l'expert, les douleurs périarticulaires de la hanche. De plus, la recourante ne rapportait qu'une sensibilité à la pression des deux articulations sacro-iliaques ainsi qu'une gêne, une lourdeur, une fatigue dans la fesse et la cuisse gauches lors de la position accroupie et d'un saut à cloche pied. L'appui antipodal était tenu de manière non douloureuse. La palpation des muscles longs du rachis, des psoas-iliaques, des muscles fessiers grands et moyens, du muscle pyramidal ne mettait pas en évidence de contracture. Tous ces éléments permettaient à l'expert de conclure qu'il n'y avait pas, le jour de l'examen, d'inflammation des articulations des membres supérieurs et inférieurs, d'inflammation des articulations temporo-mandibulaires ni de signe métamérique au niveau rachidien. L'absence de nette contracture musculaire témoignait de l'absence d'inflammation des articulations de voisinage.

L'expert a déclaré que le diagnostic de spondylarthrite séronégative pouvait être posé de manière indubitable, attendu que tant les critères modifiés de New York (présence de douleur lombaire et raideur de plus de 3 mois au début de la maladie, améliorée par l'exercice et non calmée par le repos, sacro-iliite de grade 2 bilatérale au moins) ainsi que les critères d'AMOR (7 à 9 points sont comptabilisés, alors qu'il en faut au moins 6 pour poser le diagnostic) étaient remplis.

En revanche, le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait pas être retenu, car la recourante ne présentait aucun point douloureux typiquement relevé dans le cadre d'une telle maladie.

En ce qui concernait le traitement d'anti TNF-alpha, l'expert l'a qualifié de traitement issu des nouvelles générations de biothérapie et a expliqué qu'il permettait, d'après les études, une réponse rapide et très bonne lorsqu'il était pris par des personnes atteintes de « spondylarthrites jeunes » et que les rémissions étaient presque totales. Ce traitement avait permis à l'assurée, d'après les dires mêmes du Dr A _____, une diminution des symptômes de 50% (30% selon la recourante). Toutefois, l'expert ne comprenait pas qu'après une telle amélioration des douleurs, le taux de capacité de travail retenu par le rhumatologue traitant était encore limité à 50%. Par ailleurs, elle a insisté sur le fait que lors des poussées douloureuses de la recourante, lesquelles survenaient environ tous les un à deux mois, celle-ci devait prendre des médicaments anti-inflammatoires, qui lui avaient déjà permis de supprimer les douleurs en 48 heures. La physiothérapie, ou en tous les cas l'exercice physique, étaient vivement conseillés pour diminuer la raideur rachidienne.

L'expert a également relevé une amélioration de la participation de la recourante aux tâches ménagères depuis le mois de janvier 2008 ainsi que l'absence d'aggravation tant de la spondylarthrite depuis août 2006 que des éléments ressortant des données radiographiques pour les cervicales, les dorsolombaires et les sacro-iliaques.

Les limitations engendrées par la spondylarthrite étaient liées aux poussées inflammatoires, à une fatigue chronique et à des difficultés à maintenir la position assise prolongée. Eu égard à ces limitations, l'expert a considéré que la recourante pouvait travailler 4 heures le matin et 2 heures l'après-midi, et qu'elle présentait ainsi une capacité de travail de 80% dans son activité précédente, laquelle requérait la position assise de manière prépondérante. Les autres limitations fonctionnelles étaient le port de charges excessif et répété, les flexions-extensions répétitives du rachis, la sollicitation en élévation des membres supérieurs, toutefois, le poste de la recourante était adapté à ces limitations liées à ses troubles statiques du rachis dorsolombaire et à son déconditionnement musculaire. Enfin, elle a indiqué qu'il était difficile d'apporter des précisions quant à l'évolution de l'état de santé d'août 2006 à la fin de l'année 2008, au vu notamment à la difficulté d'obtenir des

réponses précises de la recourante, toutefois, elle a estimé que l'appréciation des capacités fonctionnelles déduites de l'anamnèse et de l'examen clinique par le Dr D_____ était correcte, de sorte qu'il a fixé la capacité de travail à 80% dès l'examen de ce médecin. Le travail ne constituait pas, d'après elle, un risque supplémentaire d'aggravation de la maladie.

L'expert a notamment joint à son rapport un courrier du 10 mai 2010 du Dr A_____, lequel répondait aux questions qu'il lui avait posées. Ce dernier a indiqué que le traitement d'Enbrel avait été introduit dès le mois de juin 2007 et qu'il avait permis, en moins d'un mois, une amélioration spectaculaire avec diminution de la raideur matinale, amélioration de la mobilité et diminution des douleurs estimées subjectivement à plus de 50%. Les anti-inflammatoires étaient uniquement pris lors des crises. La dernière poussée inflammatoire avait eu lieu en date du 16 mars 2010, lors de laquelle la recourante avait souffert d'une douleur fessière gauche intense. L'examen clinique avait mis en évidence une douleur à la palpation des sacro-iliaques avec diminution de la mobilité du segment rachidien lombaire. Les douleurs avaient entièrement disparu en 10 jours grâce au traitement prodigué. Il a rappelé que sa patiente présentait une incapacité de travail de 50% depuis le 31 août 2006.

29. Le 2 juin 2010, l'intimé a produit un avis du 1^{er} juin 2010 de la Dresse H_____, médecin au SMR, laquelle a déclaré que le diagnostic posé importait peu et qu'il y avait plutôt lieu de tenir compte du fait que les Drs G_____ et D_____ arrivaient aux mêmes conclusions concernant les limitations fonctionnelles de la recourante et sa capacité résiduelle de travail, qui était de 80%. Elle a ainsi estimé que les conclusions de la Dresse G_____ confirmaient celles du Dr D_____, de sorte que le rapport du SMR du 18 mars 2008 restait valable. L'intimé, reprenant le contenu de l'avis de la Dresse H_____, a ainsi conclu au rejet du recours.
30. Par acte du 16 juin 2010, la recourante a fait valoir que le rapport de la Dresse G_____ était « informe, prolix et confus », qu'il était entaché de contradictions, qu'il ne tenait pas compte de ses plaintes et que les conclusions n'étaient pas du tout motivées. Le rapport était contradictoire, dans la mesure où le diagnostic de spondylarthrite séronégative HLAB27 était une pathologie consistant en une inflammation des articulations sacro-iliaques, mais que l'expert ne relevait aucune inflammation. Par ailleurs, la position du Dr A_____, laquelle était bien motivée, était apte à mettre sérieusement en doute les conclusions de l'expert, de sorte que des mesures d'instruction devaient être mises en œuvre, soit en particulier, l'audition des Drs A_____ et G_____ ainsi qu'une contre-expertise judiciaire. Pour le surplus, la recourante persistait dans ses conclusions.
31. Suite à la transmission des écritures des deux parties en date du 18 juin 2010, la cause a été gardée à juger.

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 des 1^{er} janvier 2004 et 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 forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante 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).

6. Il y a ainsi lieu de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis le mois de janvier 2008, comme retenu par l'intimé.
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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

8. 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).

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).

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 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).

9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10

p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

10. En l'occurrence, le Tribunal de céans a ordonné, en date du 20 mars 2010, une expertise rhumatologique, laquelle a été confiée à la Dresse G _____, qui devait notamment se prononcer sur les diagnostics à retenir ou à exclure, les traitements qui étaient indiqués et la capacité de travail de la recourante. Il y a ainsi lieu d'examiner le contenu de son rapport.

La Dresse G _____ a posé les diagnostics de spondylarthrite séronégative avec présence de l'antigène HLAB27 et dans ce contexte : sacro-iliite clinique bilatérale en rémission clinique, bursite sous acromioclaviculaire droite en rémission, épisodes de périarthropathie de hanche gauche avec enthésite trochantérienne en rémission, épisodes de dorsolombalgie de caractère inflammatoire en rémission, de fatigue chronique, de déconditionnement musculaire global, de troubles statiques sagittaux du rachis dorsolombaire avec hypercyphose dorsale et hyperlordose lombaire et d'épisode d'uvéite antérieure, diagnostics ayant tous une influence sur la capacité de travail. Elle a conclu que la recourante présentait, dès le mois de janvier 2008, une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle.

Son rapport a été établi sur la base d'une anamnèse personnelle, familiale, sociale, professionnelle et médicale de la recourante, sur ses plaintes, un examen clinique complet du 29 avril 2010, son dossier médical, de nouveaux examens radiologiques et sur un rapport complémentaire du 10 mai 2010 du Dr A _____. Les diagnostics sont précisément posés et les conclusions sont motivées. En effet, l'expert a tout d'abord exposé, de manière convaincante, les résultats de son examen clinique et en particulier les raisons qui l'amenaient à conclure qu'il n'y avait pas, le jour où elle a examiné la recourante, d'inflammation des articulations. A cet égard, elle a passé en revue les différentes articulations et a énuméré les mouvements pouvant être effectués par la recourante ainsi que ses douleurs et difficultés y relatives. En outre, elle a indiqué les raisons lui permettant de retenir une spondylarthrose séronégative ainsi que les éléments visant à exclure le diagnostic de fibromyalgie. Par ailleurs, sur demande expresse du Tribunal de céans, elle s'est prononcée sur l'efficacité du traitement d'anti TNF-alpha, sur la nécessité pour la recourante de prendre des médicaments anti-inflammatoires lors des poussées douloureuses, survenant tous les un à deux mois, et sur l'importance de la physiothérapie ou de l'exercice physique. Elle a enfin expliqué que c'était en raison des limitations découlant de la spondylarthrite, soit des dites poussées inflammatoires, de la fatigue chronique et des difficultés de la recourante à maintenir la position assise, que celle-ci ne pouvait travailler que 4 heures le matin et 2 heures l'après-midi dans son activité d'ouvrière d'assemblage de montres, ce qui correspondait à une capacité de travail de 75%. Elle a ainsi estimé que dans la mesure où les limitations fonctionnelles déduites par le Dr D _____ de son

examen clinique et de son anamnèse étaient correctes, une capacité de travail de 80% pouvait être retenue dès l'examen de ce médecin, soit dès le mois de janvier 2008, dans son activité lucrative habituelle. De plus, bien qu'elle ne le dise pas expressément, on comprend que la capacité de travail de la recourante était de 50% du mois d'août 2006 au mois de janvier 2008. Pour le surplus, le Tribunal de céans ne met pas en exergue d'éléments permettant de douter de l'indépendance de l'expert, de sorte que ce rapport présente a priori valeur probante au sens de la jurisprudence.

11. La recourante conteste cependant sa valeur probante.

Elle soutient tout d'abord qu'il est contradictoire de retenir le diagnostic de spondylarthrite, affection qui consiste en une inflammation des articulations sacro-iliaques, et de conclure à l'absence de stigma inflammatoire ou d'inflammation des articulations. A cet égard, il doit être relevé que l'expert a énuméré les critères qui devaient être remplis pour retenir le diagnostic de spondylarthrite et a précisé, dans ses diagnostics, que les diverses atteintes liées à la spondylarthrite étaient actuellement en rémission clinique. En effet, les examens cliniques, lesquels avaient notamment consisté en la palpation des articulations, n'avaient pas révélé la présence de contractures, lesquelles devaient être présentes pour qu'une inflammation puisse être retenue. Qui plus est, il a été établi que des épisodes douloureux intervenaient tous les un à deux mois et que les médicaments anti-inflammatoires permettaient d'éradiquer la douleur de la recourante dans les 48 heures. Ainsi, au vu des explications convaincantes de l'expert concernant l'absence d'inflammation des articulations et du fait que la recourante ne présentait pas, lors de l'examen, de poussée inflammatoire, le rapport de la Dresse G_____ ne recèle aucune contradiction.

La recourante estime également que le rapport d'expertise est « informe, prolix et confus », que ses plaintes n'ont pas été prises en considération et que les conclusions relatives à sa capacité de travail ne sont pas motivées, toutefois, elle n'explique pas son point de vue. Il ressort de l'expertise que les plaintes de la recourante ont été prises en considération par l'expert et qu'elle a donné des explications probantes en ce qui concerne les diagnostics à retenir, l'absence d'inflammation et les traitements qui devaient être suivis, raisons qui avaient conduit à la mise en œuvre d'une expertise. Il ne sera ainsi pas revenu sur ces éléments. Quant à l'absence de motivation relative à la capacité de travail de la recourante, le Tribunal de céans est d'avis que ce grief est infondé. En effet, la Dresse G_____ a clairement distingué les limitations de la recourante (poussées inflammatoires tous les un à deux mois, fatigue chronique et difficultés à maintenir la position assise) qui ont une influence sur sa capacité de travail dans son activité habituelle de celles qui n'en ont pas, avant de conclure, de manière convaincante, que la capacité de travail de la recourante se situe entre 75% (4 heures de travail le matin et 2 heures l'après-midi) et 80%. Elle a également exposé

que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D_____, qui sont quasiment identiques à celles qu'elle a déterminées, sont correctes, de sorte que l'on comprend clairement pour quelles raisons elle rejoint les conclusions du Dr D_____ en ce qui concerne la capacité de travail. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, le Tribunal de céans considère, au vu de ce qui précède, que ses conclusions sont suffisamment motivées.

Enfin, la recourante soutient que la position du Dr A_____ est susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert, mais elle ne motive pas sa position, qui ne peut être suivie pour les motifs qui suivent. D'une part, bien que concluant de manière divergente sur la capacité de travail, ces deux médecins ont posé un diagnostic identique et fait des déclarations similaires s'agissant tant des limitations fonctionnelles que des traitements nécessaires à la recourante. D'autre part, ces médecins s'accordent sur l'amélioration considérable des douleurs suite à la mise en place d'un traitement spécifique, mais le médecin traitant n'en tire aucune conséquence sur la capacité de travail, alors que l'expert en conclut que cette capacité a augmenté de 50% à 75 %. La position du médecin traitant ne met au surplus pas en exergue d'éléments dont l'expert n'aurait pas tenu compte. Celle-ci a expliqué les raisons pour lesquelles elle s'écarte des conclusions du médecin traitant et a également répondu de manière précise et convaincante aux questions posées par le Tribunal de céans. Au demeurant, s'il est certain que l'avis du médecin traitant a convaincu le Tribunal que l'expertise du Dr D_____ n'était pas suffisamment probante, compte tenu de la différence de diagnostic, ce qui a motivé l'expertise judiciaire mise en œuvre, cela n'implique pas encore que cet avis soit suffisant et seul déterminant. D'une part, il émane du médecin traitant de la recourante, lequel est enclin, d'après la jurisprudence, à prendre parti en cas de doute pour son patient, et d'autre part, il ne tire pas les conclusions sur la capacité de travail de l'amélioration de l'état de santé.

Au demeurant, il sera encore souligné que la Dresse G_____ a établi, dans son anamnèse, que la recourante avait des journées bien remplies, puisqu'elle effectuait tous les jours des courses, ainsi que des tâches ménagères, qu'elle allait également se promener deux heures en forêt avec sa fille le mercredi ou encore qu'elle faisait la lessive deux fois par semaine. Ces éléments ne font ainsi que corroborer le fait que la capacité de travail de la recourante est correctement évaluée à 75 % à 80% dans son activité lucrative habituelle. S'agissant finalement de la date retenue, soit janvier 2008, il ne s'agit peut-être pas du premier mois de l'amélioration, mais au contraire de la date à partir de laquelle cette capacité de travail est établie avec certitude, soit au plus tard en janvier 2008, après l'examen du Dr D_____.

Au vu de ces éléments, il apparaît d'une part, que le rapport de la Dresse G_____ présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, et d'autre part, au degré de vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence,

que la capacité de travail de la recourante est de 50% dès le 31 août 2006, puis de 75 à 80% dès le mois de janvier 2008 dans son activité lucrative habituelle, et ce en raison de ses atteintes somatiques. Par conséquent, les conditions de la révision sont remplies dès le mois de janvier 2008, au plus tard.

Enfin, en tant que le rapport d'expertise rhumatologique répond aux questions qui restaient en suspens, rien ne justifie d'administrer des moyens de preuve complémentaires, tels que l'audition du rhumatologue traitant et de l'expert judiciaire ou encore la mise en œuvre d'une contre-expertise.

Il sera en tant que de besoin rappelé que l'examen psychiatrique effectué en date du 12 mars 2008 auprès d'un médecin du SMR, excluait très clairement toute atteinte psychique invalidante, qu'il ne ressort pas du dossier qu'une telle atteinte existerait et que la recourante n'allègue au demeurant pas en souffrir.

12. a) Reste enfin à déterminer le degré d'invalidité de la recourante ainsi que son droit à une rente.

Selon art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008), 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.

b) D'après l'article 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2007, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

c) De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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

(al. 1^{er}). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (Arrêt du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2).

13. En l'espèce, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2007 au 30 avril 2008, soit 3 mois après la modification de sa capacité dès fin janvier 2008, dans la mesure où son incapacité de travail était de 50% du 31 août 2006 au 24 janvier 2008, dans son activité habituelle.

Tout droit à la rente s'éteint dès le 1^{er} mai 2008, attendu que la recourante, présente, dès le 24 janvier 2008, un degré d'invalidité de 20 % à 25%, degré d'invalidité insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

14. Pour le surplus, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, l'émolument à charge de la recourante sera fixé à 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Admet très partiellement le recours, en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2007 au 30 avril 2008.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
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

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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