REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4759/2006 **ATAS/1402/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 5 décembre 2007

En la cause

Madame O_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI — recourante

contre

OFFICE AI POUR LES ASSURES RESIDANT A L'ETRANGER, av. Edmond-Vaucher 18, GENEVE — intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame O_____ (ci-après : la recourante), de nationalité suisse domiciliée à Pougny (France), a travaillé avant et après son incapacité de travail dans le canton de Genève. Infirmière diplômée, elle est également formée à la réflexologie, sophrologie et hypnose, domaines dans lesquels elle possède des diplômes reconnus.

2. S'agissant de sa situation professionnelle, la recourante travaillait, pour partie en qualité d'infirmière pour le Groupe médical d'Onex jusqu'au 31 août 2000, date de sa démission, pour partie en qualité de sophrologue et réflexologue dans son propre cabinet, et enfin comme enseignante en sophrologie (une heure et demi par semaine) et en réflexologie (deux jours par mois) auprès de diverses institutions, en particulier le Bureau genevois de l'éducation permanente de l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ci-après : ASI).

3. Dès le 13 juin 2000, son médecin-traitant, le Dr A_____, généraliste, a attesté de son incapacité totale à travailler pour une durée indéterminée. Le diagnostic était celui de polyarthrite rhumatoïde.

4. Il ressort du dossier que la recourante a souffert au printemps 2000 d'un torticolis puis de l'apparition de douleurs au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Parallèlement, elle a développé une angine à streptocoques traitée par antibiotiques. Malgré la régression de la symptomatologie inflammatoire, ont persisté des douleurs touchant les épaules, les mains ainsi que le genou gauche. Se sont installés une prise de poids régulière, un état de fatigue chronique et occasionnellement des raideurs matinales.

5. La recourante a perçu, dès son incapacité, des indemnités journalières pour perte de gain maladie de la Zurich Assurances, sur la base d'un contrat collectif.

6. Le Dr B_____, interniste appelé à se prononcer à la demande de l'assureur-maladie pour la perte de gain, a diagnostiqué en date du 22 juin 2001 une polyarthrite rhumatoïde et des polyarthralgies, justifiant une incapacité totale de travail depuis le 13 juin 2000.

7. La Dresse C_____, rhumatologue, a vu la recourante le 28 mai 2001. Elle a diagnostiqué des polyarthralgies de type inflammatoire, non érosive, évoluant depuis un an avec sérologie rhumatismale négative, et des cervico-brachialgies bilatérales sur conflits inter-vertébraux mineurs. La valeur négative de la « CRP » et l'absence de lésions érosives sur les radiographies ne permettaient pas selon elle de poser un diagnostic certain de polyarthrite rhumatoïde. Etaient envisagées une arthrite réactive ou des polyarthralgies récidivantes. La doctoresse a prescrit un traitement anti-inflammatoire non-stéroïdien.

8. En date du 22 août 2001, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), en particulier une réorientation professionnelle vers l'enseignement.

9. Dans son rapport du 1er octobre 2001, la Dresse C_____ a confirmé le diagnostic de polyarthralgies touchant les membres supérieurs, précisant qu'elle continuait à hésiter à poser le diagnostic définitif de polyarthrite rhumatoïde vu l'absence de synovites ou d'épanchements articulaires persistants et de lésion érosive. Le contrôle biologique et immunologique du 4 septembre 2001 montrait un facteur rhumatoïde négatif, mais un « FAN » positif, qui pouvait être faussement élevé en raison de l'infection urinaire sous-jacente, la patiente ayant souffert d'un troisième épisode de pyélonéphrite pendant l'été. La doctoresse a proposé une échographie de l'épaule gauche, particulièrement douloureuse, afin de mettre en évidence un éventuel épanchement intra-articulaire qui permettrait de clarifier le diagnostic. En raison d'une réponse insatisfaisante du traitement anti-inflammatoire non-stéroïdien, elle a malgré tout conseillé un traitement de fond contre la polyarthrite.

10. Dans son rapport du 3 octobre 2001, le Dr A_____ a diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde, une pyélonéphrite, une angine à streptocoques et une polyarthralgie. Il a considéré que l'état de sa patiente était stationnaire mais qu'il pouvait être amélioré par des mesures médicales et professionnelles. Il a indiqué, sous anamnèse, que la recourante supportait mieux les douleurs mais qu'elle était grandement limitée dans ses activités. Les limitations consistaient essentiellement dans le maintien d'une position plus d'une heure, la position à genou, une marche de plus de 100 mètres, une utilisation partielle des bras. La fatigue était encore présente et il constatait une asthénie musculaire. La capacité de travail de sa patiente était nulle dans son activité d'infirmière mais de 50% dès le 1er janvier 2002 dans une activité d'enseignement ou comme conseillère en santé.

11. Dans son rapport du 3 décembre 2001, la Dresse C_____ a indiqué que la recourante allait mieux, que son état général et sa fatigue chronique s'étaient améliorés. La raideur matinale avait nettement régressé et les douleurs au niveau des épaules et des genoux avaient disparus. Elle n'a noté aucune tuméfaction articulaire, mais la persistance de douleurs aux articulations métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes des mains, en particulier le matin. Hormis ces douleurs présentes à la palpation, l'examen ostéo-articulaire révélait une limitation douloureuse de la mobilité du rachis cervical avec des points douloureux au niveau des angulaires des omoplates des deux côtés. En revanche, la mobilité de toutes les autres articulations était libre et indolore. Le « FAN » était devenu légèrement positif et homogène. La doctoresse laissait cependant ouverte la question du diagnostic définitif et proposait un suivi radiologique visant à contrôler l'apparition de lésions érosives.

12. Le 31 janvier 2002, le Dr A_____ a confirmé à l'OCAI le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde touchant les pieds, les mains, les épaules et dans une moindre mesure les genoux, qui n'engendrait pas de limitation fonctionnelle mais une diminution de force. Sa patiente présentait une fatigabilité importante associée à une polyarthralgie relativement handicapante. Selon lui la compliance était bonne et une reprise de l'activité d'enseignement était envisagée par sa patiente au 1er février 2002.

13. En février 2002, la recourante a repris une activité à 30%, essentiellement dans l'enseignement.

14. Dans un rapport médical du 4 juin 2002 en vue d'une réinsertion professionnelle, la Dresse C_____ a estimé que l'activité exercée jusqu'ici par sa patiente était encore exigible mais qu'il y avait une diminution de rendement.

15. Dans son rapport du 6 septembre 2002, cette rhumatologue a indiqué que depuis plusieurs mois sa patiente ne prenait plus de traitement anti-inflammatoire non-stéroïdien, en dehors du Dafalgan par intermittence. La recourante continuait à se plaindre de douleurs au niveau du rachis cervical et au niveau des deux épaules, à prédominance gauche, mais elle souffrait moins au niveau des poignets et des mains, ainsi que des avant-pieds. La patiente indiquait ressentir encore une discrète raideur matinale, une discrète enflure des doigts le matin, mais sans tuméfaction articulaire. Elle ne souffrait d'aucune douleur nocturne, mais présentait un état de fatigue chronique qui la gênait beaucoup. La doctoresse a estimé que l'évolution des polyarthralgies au cours des derniers mois avait été favorable, avec une stabilisation des douleurs, sans poussée inflammatoire. L'absence de lésion érosive, confirmée par les radiographies des pieds et des mains du 30 août 2002, et une sérologie rhumatismale toujours négative, empêchaient de poser avec certitude le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de sa patiente.

16. L'OCAI a diligenté une expertise rhumatologique auprès du Dr D_____, rhumatologue et interniste, rendue le 2 octobre 2002. S'agissant de la situation socio-professionnelle de la recourante, l'expert a noté qu'elle avait pu reprendre l'enseignement en réflexologie et sophrologie à 30% à partir de février 2002, ainsi que les consultations en fleurs de Bach représentant 2 à 3 heures par semaine. Il a diagnostiqué des polyarthralgies chroniques prédominant aux extrémités et de rachialgies communes et a exclu une polyarthrite rhumatoïde, vu l'absence de syndrome inflammatoire : les anticorps antinucléaires étaient négatifs de même que le facteur rhumatoïde, les examens radiologiques n'avaient pas révélé d'atteinte osseuse significative et le dernier examen des mains et des pieds du 30 août 2002 était parfaitement normal. L'examen rhumatologique ne démontrait pas de limitations fonctionnelles, à l'exception d'un signe de « Gänsslen » positif aux mains et aux pieds, cependant sans synovite apparente. L'expert a constaté que la

fatigue prédominait et que selon la patiente, l'origine en était l'exacerbation quotidienne de la symptomatologie douloureuse. Il a évalué la capacité de travail de la recourante, sous l'angle rhumatologique, à 85% dans son activité d'infirmière et à 100% dans un travail léger, sans port de charges, évitant les mouvements répétitifs et minutieux des mains, la marche et la position debout prolongée. Selon lui, la profession dans l'enseignement ou celle d'infirmière indépendante permettait à la recourante de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle maximale. Aucune mesure thérapeutique, hormis la prise ponctuelle de Dafalgan, ni aucune mesure d'ordre professionnel n'étaient indiquées. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, il notait une limitation d'au moins 25% dès le 13 juin 2000 et une reprise de l'activité à 30% dès février 2002.

17. Dans son rapport du 18 novembre 2002, la Dresse E_____, du Service médico-régional de l'assurance-invalidité du Léman (ci-après : SMR), a considéré qu'une activité adaptée respectant les limitations mises en évidence dans l'expertise pouvait être exigée à partir de février 2002, « puisque c'est depuis cette période que l'assurée a noté une amélioration de sa symptomatologie ».

18. Le 20 décembre 2002, l'OCAI a signifié à la recourante un projet de décision relative au droit à la rente, lui reconnaissant une rente entière du 1er juin 2001 au 30 avril 2002.

19. En date du 23 décembre 2002, l'OCAI a signifié un second projet de décision rejetant la demande visant des mesures professionnelles, au motif que son manque à gagner était inférieur à 20%. En effet, sa capacité de gain est de 85% dans l'ancienne activité et 100% dans une activité adaptée, était inférieure au 20% requis par la jurisprudence.

20. Par courrier du 10 janvier 2003, la recourante a fait savoir à l'OCAI qu'elle avait repris le travail au mois de février 2002 à 30% et non à 85% et qu'elle contestait toute décision qui se fonderait sur une information erronée.

21. Par décision non datée, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAI) a refusé à la recourante le droit à des mesures professionnelles, au vu de la capacité de travail de celle-ci de 85% comme infirmière et 100% dans une activité adaptée.

22. Par décision du 23 juin 2003, l'OAI a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité du 1er juin 2001 au 30 avril 2002 ainsi que des rentes complémentaires pour son conjoint et ses trois enfants. Il a considéré que la capacité de travail était considérablement restreinte depuis le 13 juin 2000 (début du délai d'atteinte d'un an), mais que depuis le mois de février 2002, la recourante avait retrouvé une capacité de gain de 85% dans son activité antérieure et de 100% dans une activité adaptée.

23. Par lettre du 5 septembre 2003, l'Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS) a indiqué que la recourante maintenait son opposition à la décision du 23 juin 2003, précisant que les motifs de son recours seraient exposés ultérieurement, après la communication de l'expertise.

24. Par lettre du 30 septembre 2003, la Dresse C_____ a indiqué à l'OCAI que sa patiente n'avait pas une capacité de travail de 85% dès février 2002, contrairement à ce qu'avait retenu l'expertise, mais de 30%, et qu'un an après elle ne pouvait travailler qu'à 40% dans son activité antérieure. Elle a mentionné que la recourante souffrait toujours de douleurs articulaires associées à un état de fatigue important, qui l'amenait à poursuivre un traitement par Dafalgan ou Celebrex pour ses arthralgies, ainsi qu'un suivi homéopathique. Elle a précisé que du point de vue ostéo-articulaire, il n'y avait toujours pas de signes inflammatoires. S'agissant du taux d'activité, la doctoresse a relevé que sa patiente avait suivi, courant 2003, des formations parallèles à son métier d'infirmière qui ne lui avaient cependant pas permis de retrouver un taux d'activité professionnelle plus important, en raison des douleurs et de la fatigue. Elle a sollicité le réexamen des droits de sa patiente concernant les mesures professionnelles.

25. Le 21 octobre 2003, l'ASSUAS a produit un rapport du Dr A_____ du 30 septembre 2003, selon lequel le diagnostic posé par le Dr D_____ n'était pas correct. Il indiquait que la recourante présentait tous les critères d'une polyarthrite rhumatoïde et un facteur rhumatoïde positif, de même qu'une asthénie sévère qui entravait grandement toute activité professionnelle.

26. Par décision du 20 janvier 2004, l'OAI a déclaré l'opposition du 5 septembre 2003 irrecevable en raison de sa tardiveté.

27. Le 14 février 2004, la recourante a interjeté recours devant la Commission fédérale de recours AVS-AI pour les personnes résidants à l'étranger (ci-après : la Commission). Celle-ci s'est déclarée incompétente par décision du 10 mai 2004 en raison de l'activité professionnelle exercée en Suisse par la recourante et a transmis la cause au Tribunal de céans.

28. Par décision du 16 août 2004, le Tribunal a annulé la décision sur opposition et a renvoyé la cause à l'intimé afin que celui-ci se prononce sur le fond du litige.

29. L'OCAI a demandé à la Dresse C_____, en date du 4 mars 2005, un rapport médical intermédiaire. Celle-ci a indiqué, le 21 mars 2005, n'avoir plus revu la recourante depuis le mois de juillet 2003.

30. Suite à une demande similaire de l'OCAI, le Dr A_____ a précisé, le 1er avril 2005, que l'état de sa patiente s'est amélioré légèrement en novembre 2003 et de façon notable depuis mars 2004. Il n'observait pas de limitations fonctionnelles. Il a mentionné de nouveaux diagnostics : labilité émotionnelle et compulsion depuis

six mois et hypothyroïdie substituée depuis le 27 octobre 2003. Il a indiqué que la recourante avait repris une activité professionnelle à 100% depuis le 1er avril 2004.

31. L'OCAI a requis du Dr A_____ un complément d'information notamment sur l'influence de la labilité, de la compulsion alimentaire et de l'hypothyroïdie sur la capacité de travail de la recourante. Ce médecin a répondu, par lettre du 25 juillet 2005, que l'hypothyroïdie avait été détectée le 21 mars 2002, mais traitée qu'à partir d'octobre 2003. Cette affection avait provoqué une compulsion alimentaire et une labilité émotionnelle, sans précision quant à un impact éventuel sur la capacité de travail. Il a encore mentionné que les symptômes de la polyarthralgie avaient très nettement diminués aux alentours du 31 mars 2004, mais que sa patiente présentait encore des diverses douleurs notamment aux articulations scapo-humérales des deux côtés et calcanéales et cuboïdales à droite.

32. Le Dr F_____ du SMR, médecin généraliste, a considéré le 23 août 2005 qu'il n'y avait pas eu de troubles nouveaux depuis 2004, mais une amélioration de l'état de santé depuis l'expertise de 2002, en raison de la stabilisation de l'hypothyroïdie en 2003 et de la polyarthrite rhumatoïde en 2004. L'appréciation antérieure sur la capacité de travail (85 et 100%) restait ainsi adéquate.

33. Par lettre du 21 novembre 2003, le Dr A_____ a informé l'OCAI que sa patiente présentait des apnées du sommeil et que le traitement envisagé pourrait avoir un effet favorable sur l'asthénie chronique.

34. Le 24 janvier 2006, le Dr F_____ a demandé au Dr A_____ de lui indiquer si la capacité de travail de sa patiente était de 100% depuis au moins le 1er avril 2004 et, sinon, quelles étaient les raisons qui avaient empêché cette reprise et quelle avait été la capacité de travail à ce moment-là.

35. Le Dr A_____ a répondu par lettre du 30 janvier 2006 en indiquant que le syndrome d'apnée de sommeil durait depuis de nombreuses années mais n'avait été détecté que depuis juillet 2005. Il a confirmé que sa patiente avait une capacité de travail entière depuis le 1er avril 2004.

36. Par courrier du 2 février 2006, l'assurée a fait savoir à l'OCAI qu'elle ne prétendait nullement à une rente d'invalidité depuis le 1er avril 2004, mais pour la période du 1er mai 2002 au 31 mars 2004.

37. Le Dr F_____ a estimé, dans son avis du 6 février 2006, que puisque la Dresse C_____ n'avait pas revu sa patiente depuis novembre 2001, elle ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail. Le fait que la doctoresse indique en septembre 2003 que la recourante avait une capacité de travail de 40%, en raison de la fatigabilité et de la persistance des polyarthralgies sans signe inflammatoire, coïncidait avec l'état mis en évidence dans l'expertise. Il n'y avait ainsi pas d'aggravation notable en 2003. Enfin, aucun argument médical nouveau ne

permettait de mettre en doute, selon lui, la valeur de l'expertise rhumatismale de septembre 2002.

38. A la demande de la recourante, le Dr A_____ a indiqué dans sa lette du 27 février 2006 qu'il ne contestait pas le point de vue de l'expert, mais que celui-ci avait omis de parler de diverses pathologies présentes entre mai 2002 et avril 2004. A son avis, sa patiente était incapable de travail pendant cette période.

39. Le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 15 août 2006 a retenu que la recourante avait travaillé à raison de 30% pour la Permanence médicale d'Onex jusqu'au 31 août 2000, date à laquelle elle avait démissionné dans l'intention de développer son activité d'indépendante à plein temps. Les activités de l'assurée ont été réparties selon les taux suivants : direction (5%), cours de réflexologie et sophrologie (5%), traitements de réflexologie, massages et dermotonie (80%) et sophrologie, Fleurs de Bach et nutrithérapie (10%). Les limitations fonctionnelles consistant en absence de port de charges, de mouvements répétitifs et minutieux des mains, en évitement de marche ou de position statique prolongées, affectaient uniquement et complètement les traitements de réflexologie, les massages et la dermotonie. Il en découlait un taux global d'incapacité de 80%. Se fondant sur la méthode extraordinaire, sans invalidité l'enquêtrice a considéré que la recourante aurait dû réduire le dommage en développant les activités pour lesquelles elle ne connaissait pas de limitations, soit un 48% pour l'activité d'enseignement et un 47% pour la sophrologie, les Fleurs de Bach et la nutrithérapie, en sus de l'activité de direction de 5%. Selon ce calcul, le revenu hypothétique sans invalidité s'élevait à 71'708 fr. et le revenu d'invalide à 71'419 fr. La diminution du revenu imputable au handicap d'un montant de 289 fr. ne laissait apparaître aucun taux d'invalidité.

40. A la demande de l'OCAI, la recourante a produit ses bilans et comptes de pertes et profits de 1997 à 2005. Les seconds laissent notamment apparaître des gains en 2000 de 19'235 fr,. pour les cours et de 12'570 pour les consultations, en 2001 de 2'690 fr. pour les cours et 2'620 fr. pour les consultations, en 2002 de 15'690 fr. pour les cours et 4'300 fr. pour les consultations et en 2003 de 7'950 fr. pour les cours et 9'170 fr. pour les consultations. Elle a également produit un certificat de salaire et le décompte de salaire pour 2005 de l'ASI, desquelles il ressort que cette institution a octroyé à la recourante des indemnités de vacances et a prélevé des cotisations AVS/AC/Assurances-maternité.

41. Par lettre du 8 septembre 2006, la recourante a indiqué que la sophrologie, les fleurs de Bach et la nutrithérapie ne pouvaient suppléer l'activité professionnelle qu'elle exerçait précédemment, dans la mesure où il s'agissait, d'une part, d'activités secondaires et, d'autre part, d'activités très lourdes physiquement, s'agissant notamment de la sophrologie qui impliquait la station debout en quasi permanence.

Elle a relevé que seule l'exercice de la médecine homéopathique pourrait constituer une activité de remplacement, médecine qu'elle ne pratiquait cependant pas.

42. Par décision du 17 novembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de la recourante et confirmé que celle-ci avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de février 2002, de même que l'absence d'invalidité. Il a au surplus maintenu la pleine rente pour la période du 1er juin 2001 au 20 avril 2002. L'OAI a appliqué la méthode extraordinaire d'évaluation des revenus en raison de l'impossibilité de fixer précisément les revenus avec et sans invalidité. Il s'est fondé sur les constatations et l'appréciation du rapport du Service d'enquêtes économiques, relevant à cet égard que les activités attenant à la sophrologie, à la nutrithérapie et aux fleurs de Bach ne constituaient pas des activités physiquement contraignantes. Les voies de droit mentionnées par l'OAI indiquaient comme autorité de recours la Commission fédérale de recours en matière d'AVS-AI.

    Sur ce dernier point, l'OAI a fait parvenir à l'OCAI un courrier explicatif du même jour selon lequel il estimait que la modification de l'art. 69 al. 1 LAI, avec effet au 1er juillet 2006, supprimait l'application de l'art. 200 RAVS pour l'AI et par voie de conséquence la compétence particulière du Tribunal cantonal pour les frontaliers.

43. Par acte du 19 décembre 2006, la recourante a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal de céans, concluant à la recevabilité du recours et à la mise en œuvre, préalablement, d'une expertise par un spécialiste neutre afin de déterminer le degré d'incapacité de travail durant la période du 1er mai 2002 au 31 mars 2004. Sur le fond et sous suite de dépens, elle demande l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une pleine rente pour cette période. Elle précise, s'agissant de la compétence du Tribunal de céans, qu'elle était employée pour des activités d'enseignement par l'ASI qu'elle poursuit encore aujourd'hui, ainsi que l'avait constaté la Commission fédérale en 2004, circonstance fondant la compétence du tribunal cantonal genevois. En ce qui concerne le fond, elle allègue que l'expertise du Dr D_____ est contredite par les avis des Drs C_____ et A_____, de sorte que cette expertise ne peut fonder valablement la décision de l'OAI.

44. Par réponse du 29 janvier 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, arguant notamment que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise était inutile dans la mesure où la situation médicale avait été parfaitement élucidée par l'expertise et qu'une telle mesure ne permettrait pas de renseigner sur la capacité de la recourante entre 2002 et 2004. En outre, il indique que les arguments développés par cette dernière n'appellent pas une appréciation différente de celle faite dans la décision attaquée.

45. Appelé par le Tribunal de céans à prendre position, l'OAI a conclu également au rejet du recours par réponse du 5 février 2007.

46. Cette écriture a été communiquée à la recourante. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La recourante a saisi le Tribunal, bien que la décision litigieuse indique comme autorité de recours la Commission fédérale. Bien que ni l'OCAI ni l'OAI ne contestent formellement la compétence *ratione loci* du Tribunal, cette question doit faire l'objet d'un examen d'office.

   Dans sa lettre du 17 novembre 2006 à l'OCAI, l'OAI a soutenu que la nouvelle teneur de l'art. 69 al. 1 LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, avait rendu l'art. 200 RAVS inapplicable en matière d'assurance-invalidité et, partant, avait entraîné la suppression de la compétence du tribunal cantonal des assurances dans les cas visés par cette disposition au profit de la Commission fédérale, respectivement du Tribunal administratif fédéral (TAF) depuis le 1er janvier 2007 (ch. IV.2 de la modification du 16 décembre 2005 de la LAI). Pour la recourante, l'art. 200 RAVS trouve application et désigne le Tribunal comme autorité compétente, la Commission ayant précédemment, en application de cette disposition, décliné sa compétence.

   A teneur de l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. L'alinéa 2 de cette disposition précise que si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

   Jusqu'au 30 juin 2006, l'art. 69 LAI prévoyait que les décisions sur opposition des offices AI pouvaient, en dérogation à l'art. 58 al. 1 LPGA, faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal des assurances du canton de l'office qui avait rendu sa décision (al. 1). La commission de recours AVS/AI connaissait cependant des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger, en dérogation à l'art. 58 al . 2 LPGA, les art. 85bis et 86 LAVS étant applicables par analogie (al. 2). Si l'art. 85bis LAVS mentionnait la compétence de la commission précitée pour les recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger, il réservait un règlement différent par le Conseil fédéral. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 200 RAVS, pour les recourants domiciliés à l'étranger mais obligatoirement assurés en Suisse, la compétence du tribunal des assurances du canton dans lequel l'employeur de l'assuré a son siège.

Dans sa teneur en vigueur du 1er juillet au 31 décembre 2006, l'art. 69 al. 1 LAI prévoyait, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, que les décisions de l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger pouvaient directement faire l'objet d'un recours devant la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (let. b). Selon l'al. 2, l'application par analogie des art. 85bis al. 3 et 86 LAVS à la procédure devant la Commission fédérale était réservée. L'art. 200 RAVS n'a pas subi de modification.

Au 1er janvier 2007, soit postérieurement à la saisine du Tribunal de céans, l'art. 69 al. 1 et 2 LAI a subi une modification, en ce que l'autorité visée n'est plus la commission fédérale mais le TAF. Quant à l'art. 85bis al. 1 RAVS, sa teneur est depuis cette date la suivante : "[en dérogation à l'art. 58 al. 2 LPGA, le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger. Le Conseil fédéral peut prévoir que cette compétence est attribuée au tribunal des assurances du canton dans lequel l'employeur de l'assuré a son domicile ou son siège". L'art. 200 RAVS n'a pas été modifié à ce jour.

Le Tribunal constate que les différentes modifications apportées à l'art. 69 LAI et aux dispositions précitées n'impliquent pas une répartition des compétences différentes entre les autorités cantonale et fédérale pour connaître d'un recours émanant d'un assuré domicilié à l'étranger et assuré obligatoirement en Suisse. En effet, le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI à l'art. 85bis RAVS entraîne en ce cas l'application de l'art. 200 RAVS, lequel n'a nullement été modifié. La nouvelle teneur de l'art. 85bis LAVS au 1er janvier 2007 ne fait que confirmer la compétence du tribunal cantonal des assurances pour ce genre de situation.

Cette interprétation littérale est confirmée par l'objectif visé par la modification de l'art. 69 LAI. Cette modification s'inscrit en effet dans les mesures de simplification de la procédure AI du 16 décembre 2005, lesquelles avaient pour objectif de 1) remplacer la procédure d'opposition par la procédure de préavis, 2) de supprimer la gratuité de la procédure devant les tribunaux cantonaux et le TFA et 3) de restreindre le pouvoir de cognition du TFA (Message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, in FF 2005 III 2899 [2990]). S'agissant de la nouvelle teneur de l'art. 69 al. 1 LAI, le législateur a précisé qu'il "s'agissait d'une adaptation formelle rendue nécessaire par le fait que les décisions des offices AI ne peuvent plus être attaquées par la voie d'opposition, mais uniquement par voie de recours. " (Message cité, 2.1. p. 2908). Il découle ainsi tant de l'interprétation littérale que de l'interprétation historique et téléologique que le législateur n'a pas entendu modifié les compétences entre les autorités de recours cantonale et fédérale en la matière. Une telle modification aurait enfin eu pour conséquence de soumettre un assuré résidant à l'étranger à des autorités de recours différentes en matière d'AVS ou d'AI, ce qui aurait porté atteinte à la cohérence voulue entre ces deux assurances.

L'art. 200 RAVS trouve ainsi application dans le cas d'espèce. La Commission fédérale s'est prononcée, dans sa décision de 2004, sur la réalisation des conditions de cette disposition. Elle a ainsi constaté que la recourante avait un emploi en Suisse pour l'ASI et échappait par conséquent à sa compétence.

Il ressort en effet des pièces à disposition que la recourante a exercé, et exerce encore, une activité d'enseignement pour l'ASI. Cette institution a prélevé pour cette activité des cotisations sociales AVS/AC/ Assurance-maternité, de même qu'elle a octroyé des indemnités de vacances. Il s'agit ainsi d'une activité salariée.

Par conséquent, le Tribunal de céans est compétent *ratione loci* pour connaître du présent recours.

b) S'agissant de la compétence *ratione materiae*, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) (art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ)). Cette compétence est également donnée en l'espèce.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

   En l'occurrence, le degré d'invalidité contesté est celui arrêté à partir du 1er juin 2002. Il convient par conséquent, sur le plan matériel, d'examiner le droit à des prestations au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (LAI) et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date. Les modifications contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA (voir ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Déposé dans les forme et délai légaux (art. 56 et 60 LPGA), le présent recours est recevable.

4. L'intimé a octroyé à la recourante une pleine rente pour la période du 1er juin 2001 au 30 avril 2002, puis l'a supprimée dès cette date. La recourante conteste cette

suppression et plus particulièrement l'évaluation de sa capacité de travail et de gain, à savoir une capacité entière dans une activité adaptée dès le 1er février 2002 déjà. La recourante soutient n'avoir retrouvé cette capacité qu'à partir du 1er avril 2004.

5. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   L'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, prévoit que l'assuré a droit à une rente entière si son taux d'invalidité est de 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est de 50 % au moins et à un quart de rente s'il est de 40 % au moins, sous réserve du cas pénible (al. 1bis).

   Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et en même temps en prévoit la réduction - ou l'abrogation - correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, abrogé depuis cette date au profit de l'art. 17 LPGA (ATFA du 30 avril 2002, I 340/01, consid. 1 et références). Selon ces dispositions, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   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 ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a RAI; cf. ATF 127 V 467 consid. 1 et 121 V 366 consid. 1b).

6. L'évaluation de l'incapacité de travail, et par conséquent son éventuelle amélioration, suppose, comme la plupart des éventualités assurées, l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations,

l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte.

Dans le cas d'espèce, l'expert mandaté par l'intimé a diagnostiqué chez la recourante des polyarthralgies chroniques prédominant aux extrémités et de rachialgies communes. Il a exclu une polyarthrite rhumatoïde en raison de l'absence de syndrome. L'expert a constaté que la fatigue prédominait et que selon la patiente, l'origine en était l'exacerbation quotidienne de la symptomatologie douloureuse. La Les douleurs permanentes et quotidiennes étaient estimées par la patiente à 2/10 sur une échelle analogique de la douleur, entrecoupées de périodes plus douloureuses dans la journée. Il n'a pas constaté de limitations fonctionnelles d'un point de vue rhumatismal, à l'exception d'un signe de « Gänsslen » positif aux mains et aux pieds, cependant sans synovite apparente, ni de tuméfactions. Le rachis cervical ne présentait pas de douleurs, ni de contractures musculaires ou de zones insertionnelles. L'examen neurologique ne mettait pas en évidence d'hyposensibilité ou de dimimution de la force des membres inférieurs ou supérieurs. A son avis, sur le plan rhumatismal, la recourante pouvait assumer une activité à plein temps dans un travail léger, évitant les mouvements répétitifs et minutieux des mains, la marche et la position debout prolongée, ou son activité d'infirmière à raison d'un 85%.

Contrairement à ce que soutient la recourante, cette expertise présente toute valeur probante. Elle repose sur des examens complets et sur une bonne connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale y sont clairement résumés et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. L'expert a en outre pris en considération les plaintes exprimées par la recourante, dans la mesure où, malgré l'absence de limitations fonctionnelles, il a estimé que celle-ci n'avait une pleine capacité de travail que dans une activité adaptée, voire une capacité diminuée de 15% dans son activité d'infirmière.

L'amélioration de l'état de santé de la recourante dès février 2002, concrétisée par la reprise ce mois-là d'une activité 30% dans l'enseignement et le traitement par fleurs de Bach, ressort également des rapports médicaux des médecins de la recourante. En effet, dans son rapport du 3 décembre 2001, la rhumatologue-traitante avait constaté que l'état général et la fatigue chronique de sa patiente s'étaient améliorés. Elle avait noté une mobilité libre et indolore de toutes les articulations, à l'exception de douleurs aux articulations des mains lors de la palpation et une limitation douloureuse de la mobilisation du rachis cervical. L'amélioration de l'état de santé ressort également du constat du médecin-traitant du 31 janvier 2002, selon lequel sa patiente ne présentait plus de limitations fonctionnelles à cette date. Il notait toutefois une diminution de la force et une grande fatigabilité relativement handicapante, sans préciser leur influence sur la capacité de travail, tout en indiquant une reprise du travail programmée par la recourante pour février 2002.

Les rapports médicaux postérieurs à la décision initiale de l'intimé du 23 juin 2003 ne permettent pas d'apprécier différemment l'expertise. Le fait que la rhumatologue de la recourante ait indiqué, dans son rapport du 30 septembre 2003, que sa patiente avait exercé une activité de 30% dès février 2002, puis de 40% un an plus tard, et qu'elle n'avait retrouvé un taux d'activité plus élevé en raison de la fatigue et des douleurs, apparaît comme une description de l'activité menée de son propre chef par la recourante et n'apporte aucun élément médical concret qui expliquerait une appréciation différente de celle de l'expert sur la capacité de travail. Ce dernier avait en effet, comme expliqué ci-dessus, déjà tenu compte des douleurs et de la fatigue de la recourante dans son évaluation. Quant à l'avis du médecin-traitant de la recourante du 30 septembre 2003, selon lequel le diagnostic posé par l'expert serait faux, cela reste sans pertinence quant à la capacité de travail, dans la mesure où seule compte l'influence d'une affection sur cette capacité et non le diagnostic en tant que tel. Quoiqu'il en soit, le diagnostic d'arthrite rhumatoïde posé par ce médecin été infirmé non seulement par l'expert, mais également par la rhumatologue de la recourante pour des motifs précisément explicités qui tiennent en l'absence de sérologie rhumatismale et de lésions érosives sur les radiographies. L'avis du médecin-traitant, généraliste, est ainsi minorisé par deux spécialistes en rhumatologie et ne peut mettre en doute les conclusions de l'expert. Quant à la prise en considération de l'asthénie, considérée par le médecin-traitant comme entravant grandement toute activité professionnelle, elle a déjà été examinée par le Tribunal de céans ci-avant.

Le fait que l'expertise ne prenne pas en compte l'hypothyroïdie n'est pas, contrairement à ce que le médecin-traitant a soulevé, de nature à la remettre en question. Cette affection, détectée en mars 2002 par le médecin-traitant, n'a été traitée que dès octobre 2003. Interpellé par le médecin-conseil de l'intimé sur l'influence de cette affection sur la capacité de travail, le médecin-traitant a précisé qu'elle avait provoqué une compulsion alimentaire et une labilité émotionnelle, mais il n'a nullement indiqué quel impact elle aurait eu sur la capacité de travail. Il convient pas conséquent d'en déduire qu'elle n'a pas eu d'influence sur la capacité de travail de la recourante et que cette "lacune" de l'expertise reste sans conséquence.

Le même constat préside à l'analyse du syndrome d'apnée du sommeil, détecté et traité depuis juillet 2005, mais existant depuis de nombreuses années. Le médecin-traitant se contente d'indiquer que le traitement envisagé pourrait avoir une influence sur l'asthénie dont souffre sa patiente, mais il ne précise pas si cette affection a limité et dans quelle mesure la capacité de travail de sa patiente avant 2005, et en particulier entre 2002 et 2004. Il importe de constater que la recourante a été en mesure, avant 2002, d'assumer une pleine activité, alors qu'elle souffrait déjà d'apnée, dont rien n'indique qu'il se serait aggravé précisément en 2002 et 2003. Ce syndrome ne constitue ainsi pas une affection propre à modifier les conclusions de l'expert sur la capacité de travail de la recourante pour la période

litigieuse, soit 85% dans son ancienne activité d'infirmière et 100% dans une activité adaptée.

C'est ainsi à juste titre que l'intimé s'est fondé sur l'appréciation de l'expert en ce qui concerne la capacité de travail. Cette expertise met en évidence une amélioration significative de l'état de santé de la recourante dès février 2002. L'intimé était ainsi fondé à réviser la rente avec effet trois mois après cette amélioration (art. 88a RAI). Il n'y a dès lors pas place pour une nouvelle expertise et la conclusion de la recourante sur ce point ne peut qu'être rejetée.

7. Il reste à examiner si le taux d'invalidité résultant de cette capacité de travail a été justement évalué par l'intimé et par conséquent si la rente a été supprimée à juste titre.

S'agissant du degré d'invalidité chez les assurés actifs, la comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 27 RAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète. La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique (selon l'art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 26bis et 27 al. 1 RAI) réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (procédure extraordinaire d'évaluation; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 1a et p. 257 consid. 2b). Cette méthode est souvent utilisée pour les indépendants, en particulier lorsque les recettes réalisées avant l'apparition de l'invalidité étaient sujettes à des fluctuations considérables par exemple pour des raisons conjoncturelles (pratique VSI 2/1998, p. 122ss ; RCC 1979, p. 228ss ; voir aussi ATAS n° 191/2004 du 30.03.2004 et ATAS n° 273/2006 du 21 mars 2006).

Dans le cas particulier, la comparaison des revenus doit s'opérer en 2002, année marquant l'amélioration de l'état de santé de la recourante.

a) Préalablement, le Tribunal constate que c'est à juste titre que l'intimé a procédé à l'évaluation de l'invalidité selon la méthode extraordinaire. Comme l'a relevé l'enquêtrice de l'OCAI, dans son rapport d'enquête du 15 août 2006, la recourante a exercé une activité indépendante partielle jusqu'au 13 juin 2000, début de l'incapacité. C'est à ce moment-là qu'elle abandonnait pratiquement toute son activité de salariée, équivalent à un 30%, afin d'augmenter sa clientèle au cabinet et d'y exercer un plein temps. Son chiffre d'affaires était donc en progression et aurait dû s'accroître davantage. Il en résulte qu'aucune donnée comptable n'est représentative d'une pleine capacité de travail de la recourante dans son activité à plein rendement.

b) S'agissant de la situation sans invalidité, la recourante a précisé à l'enquêtrice que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, sa situation aurait été la même qu'au jour de l'enquête. Les différentes activités de la recourante sans invalidité se répartissent par conséquent comme suit : 5% pour les tâches de gestion et d'organisation, 5% pour les enseignements (préparation, corrections et organisation), 80% pour les traitements de réflexologie, massages et dermotonie et 10% pour la sophrologie, les fleurs de Bach et la nutrithérapie. Ces chiffres, non contestés par la recourante, doivent être confirmés. S'agissant en particulier des tâches de direction, une évaluation à 5%, représentant un peu plus de deux heures par semaine, est justifié pour une thérapeute travaillant seule comme indépendante dans son cabinet, sans employé ni associé, ses tâches consistant alors à prendre les rendez-vous, encaisser les soins prodigués ou établir les factures et veiller au suivi de l'encaissement ou encore à faire de la prospection de clientèle.

Pour déterminer le salaire correspondant aux différentes activités de la recourante, l'on se référera aux statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour l'année 2002, ainsi que pour l'année 2003. Contrairement à ce qu'a retenu l'OAI, le Tribunal se fondera sur le tableau TA1 valant pour le secteur privé et non TA7 comprenant également le secteur public, en raison de l'activité exercée exclusivement dans le secteur privé par la recourante. Comme celle-ci est par ailleurs essentiellement indépendante et très qualifiée dans ses domaines d'activités, les salaires de référence correspondent tous à un niveau de qualification 2 et non, pour certains, un niveau de qualification 3 comme retenu par l'OAI.

Le salaire sans invalidité se compose par conséquent des montants annuels suivants en 2002 :

- pour les activités de direction : 4'857 fr. (5% x 8'095 fr. x 12 selon TA1 65-67);

- pour l'enseignement : 4'168 fr. 80 (5% x 6'948 fr. x 12 selon TA1 80);

- pour les traitements de réflexologie, massages et dermotonie : 58'694 fr. 40 (80% x 6'114 fr. x 12 selon TA1 85);

- pour la sophrologie, les Fleurs de Bach et la nutrithérapie : 7'336 fr. 80 (10% x 6'114 fr. x 12 selon TA1 85);

soit un montant mensuel total de 75'057 fr.

Pour l'année 2003, il sied d'actualiser les montants par référence à l'indice des salaires nominaux (2334 points en 2003 et 2296 points en 2003 pour les femmes), ce qui permet de retenir les montants annuels suivants pour le salaire sans invalidité:

- pour les activités de direction : 4'934 fr. 70 (5% x 8'224 fr. 50 x 12 selon TA1 65-67);

- pour l'enseignement : 4'235 fr. 50 (5% x 7'059 fr. 15 x 12 selon TA1 80);

- pour les traitements de réflexologie, massages et dermotonie : 59'633 fr. 50 (80% x 6'211 fr. 80 x 12 selon TA1 85);

- pour la sophrologie, les Fleurs de Bach et la nutrithérapie : 7'454 fr. 20 (10% x 6'564 fr. 40 x 12 selon TA1 85);

soit un montant mensuel total de 76'257 fr. 90.

c) En ce qui concerne les activités exigibles, et plus particulièrement l'influence de l'empêchement provoqué par la maladie de la recourante sur sa capacité de travail, l'OAI a estimé que seule l'activité consistant en traitement par réflexologie, massage et dermotonie était touchée par les limitations mises en évidence par l'expert, au point qu'elle en était devenue impossible. Il en résultait une incapacité de travail globale de 80%. Cette appréciation doit être confirmée. Cependant, compte tenu de l'obligation de la recourante de limiter le dommage, l'OAI a considéré qu'il pouvait être exigé d'elle qu'elle augmente ses activités d'une part dans l'enseignement et d'autre part dans la sophrologie, les fleurs de Bach et la nutrithérapie, pour atteindre un taux d'activité de respectivement 48% et 47%, dès février 2002. Cette manière de voir ne saurait être suivie pour les motifs suivants.

Certes, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage, principe général en droit des assurances sociales. Cependant, des considérations liées au respect des droits fondamentaux incitent, selon la jurisprudence, à prendre en considération le temps nécessaire à l'assuré pour mettre en œuvre les changements nécessaires (voir Arrêt du Tribunal fédéral du 25 avril 2005 no I 269/03).

Dans le cas d'espèce, la recourante a d'elle-même repris une activité à 30% dès le 1er février 2002, principalement dans l'enseignement mais aussi dans la pratique

thérapeutique par fleurs de Bach. Les deux à trois heures consacrés à cette dernière activité selon l'anamnèse de l'expertise, point non contesté, correspondent à un taux de travail d'environ 7%, le reste, soit 23%, étant dévolu à l'enseignement. Cette répartition est confirmée par le compte de pertes et profits pour 2002, qui indique des revenus pour l'enseignement de 15'690 fr. et pour les soins de 4'300 fr. Contrairement cependant à l'opinion de l'OAI, l'enseignement et les fleurs de Bach ne pouvaient être développées davantage par la recourante. En effet, compte tenu des matières très spécifiques enseignées ("Formation de base à la réflexologie thérapeutique", "Applications pratiques de la sophrologie pour les professionnels de la santé", "Massages des pieds et des mains : réflexologie de confort", modules de formation de l'ASI), on ne peut considérer raisonnablement que la recourante pouvait augmenter son temps d'enseignement au-delà des heures de cours qu'elle assumait à sa reprise d'activité. Quant à la pratique des fleurs de Bach, elle représente certes un petit nombre d'heures, mais on ne voit pas comment ce nombre aurait pu être augmenté eu égard au caractère très particulier de ce type de traitement. Le Tribunal retiendra donc les taux de 23% (enseignement) et 7% (fleurs de Bach) tant pour l'année 2002 que pour l'année 2003.

Il en est autrement pour la sophrologie, voire pour la nutrithérapie, pour lesquelles une augmentation du taux de pratique semble raisonnable, ainsi que le soutient l'OAI. Les limitations dont souffre la recourante permettent à l'évidence la pratique de ces traitements qui n'impliquent pas la marche ou la position debout ni des mouvements minutieux des mains, à l'inverse de la réflexologie. Cependant, une augmentation des séances implique un effort particulier dans la prospection de clientèle, voir l'organisation de "porte-ouverte", qui se pratique dans ce genre d'activités. Cela implique dès lors une augmentation du temps consacré à la "gestion-direction" jusqu'à l'obtention d'un nombre suffisant de clients. Une moyenne d'environ deux heures par semaine consacrée à cette prospection en 2002 paraît justifiée, ce qui porte à 10% le taux d'activité de direction en 2002. Il convient dès le 1er janvier 2003 de revenir à un taux ordinaire de direction, la prospection n'étant plus nécessaire. Une augmentation du nombre de clients et de gain uniquement pour la sophrologie et la nutrithérapie de 5% pendant 2002, puis de 10% supplémentaires pour l'année suivante paraît réaliste compte tenu de la demande, de la réputation de la recourante et du bouche-à-oreille. Il en découle un taux d'activité exigible de 15% en 2002 et 25% en 2003 pour la sophrologie, la nutrithérapie et les fleurs de Bach. La recourante a d'ailleurs plus que doublé ses gains liés aux consultations entre 2002 et 2003 (4'300 fr. et 9'700 fr.), son taux d'activité étant passé, courant 2003, à 40% selon le rapport médical de la rhumatologue du 30 septembre 2003.

Il est enfin non contesté que la recourante a repris une pleine activité au 1er avril 2004.

Les revenus annuels avec invalidité sont par conséquent les suivants :

en 2002 :

- pour les activités de direction : 9’714 fr. (10% x 8’095 fr. x 12 selon TA1 65-67);

- pour l'enseignement : 19'176 fr. 50 (23% x 6'948 fr. 80 x 12 selon TA1 80);

- pour les traitements de réflexologie, massages et dermotonie : 0 fr. (0% x 6'114 fr. x 12 selon TA1 85);

- pour la sophrologie, les Fleurs de Bach et la nutrithérapie : 11'005 fr. 20 (15% x 6'114 fr. x 12 selon TA1 85);

soit un montant total de 39'895 fr. 70, montant sur lequel il convient encore d'admettre une réduction de 10%, afin de tenir compte de la capacité partielle de travail de la recourante et la pratique d'activité plus légères impliquant un salaire moins élevé qu'un travailleur en bonne santé (cf. ATAS 1280/2007, ATAS 958/2006 et ATFA non publié du 30 décembre 2003, I 238/03 consid. 5.2). Le montant du revenu d'invalide doit donc être arrêté à 35'906 fr. 15;

en 2003 :

- pour les activités de direction : 4'934 fr. 70 (5% x 8'224 fr. 50 x 12 selon TA1 65-67);

- pour l'enseignement : 19'483 fr. 25 (23% x 7'059 fr. 15 x 12 selon TA1 80);

- pour les traitements de réflexologie, massages et dermotonie : 0 fr. (0% x 6'211 fr. 80 x 12 selon TA1 85);

- pour la sophrologie, les Fleurs de Bach et la nutrithérapie : 18'635 fr. 40 (25% x 6'211 fr. 80 x 12 selon TA1 85);

soit un montant total de 38'748 fr., après réduction de 10% pour les motifs exposés précédemment (43'053 fr. 35 x 90%).

Tableau 2002

Champs d'activité sans atteinte	Pondération sans handicap	Incapacité de travail dans le champ d'activité habituel	Pondération avec handicap en 2002	Incapacité suite à la réorganisation en 2002	Bases de salaires ESS 2002	Revenus anuels sans handicap	Revenus annuels exigible
Direction	5%	0%	10%	0%	8’095	4’857	9’714
Enseignement	5%	0%	23%	0%	6'948	4'168,80	19'176,50
Réflexologie, massage, dermotonie	80%	100%	52%	100%	6'114	58'694,40	0.
Sophrologie, Bach, nutrithérapie	10% (7% et 3%)	0%	15% (7% et 8%)	0%	6'114	7'336,80	11'005,20
Total	100%	80%	100%	52%		75’057	35'906,15

Tableau 2003

Champs d'activité sans atteinte	Pondération sans handicap	Incapacité de travail dans le champ d'activité habituel	Pondération avec handicap en 2003	Incapacité suite à la réorganisation en 2003	Bases de salaires ESS 2003	Revenus annuels sans handicap	Revenus annuels exigible
Direction	5%	0%	5%	0%	8'224,50	4'934,70	4'934,70
Enseignement	5%	0%	23%	0%	7'059,15	4'235,50	19'483,25
Réflexologie, massage, dermotonie	80%	80%	47%	100%	6'211,80	59'633,50	0.
Sophrologie, Bach, nutrithérapie	10%	0%	25%	0%	6'211,80	7'454,20	18'635,40
Total	100%		100%	47%		76'257,90	38'748

Il ressort ce qui précède que pour l'année 2002 le revenu hypothétique sans invalidité s'élève à 75'057 fr. et le revenu d'invalide à 35'906 fr. 15, ce qui laisse apparaître une perte de gain de 39'150 fr. 85 correspondant à un taux d'invalidité arrondi de 52% (ATF 130 V 121). Ce taux est de 49% en 2003, compte tenu d'une perte de gain de 37'509 fr. 90 pour cette année-là.

8. Le Tribunal constate ainsi que la situation de la recourante a connu une amélioration notable dès le 1er février 2002 correspondant à un taux d'invalidité donnant droit dorénavant à une demi-rente, avec effet au 1er mai 2002, puis à une nouvelle amélioration au 1er janvier 2003, donnant droit à un quart de rente avec effet au 1er avril 2003 jusqu'au 30 mars 2004 (voir art. 88a RAI).

   Au vu de ce qui précède, c'est en conséquence à tort que postérieurement au 1er juin 2002, l'OAI a supprimé tout droit à la rente. Le recours sera partiellement admis.

9. La recourante, qui obtient gain de cause, se verra allouer une indemnité à titre de dépens, fixée en l'espèce à 800 fr. (art. 89H al. 3 LPA).

10. Un émolument sera mis à la charge de l'OAI (art. 69 1bis LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er juillet 2006).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision sur opposition du 17 novembre 2006 en tant qu'elle supprime la rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2002.

4. Octroie à la recourante une demi-rente d'invalidité du 1er mai 2002 au 31 mars 2003, puis un quart de rente d'invalidité du 1er avril 2003 au 30 mars 2004.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.

7. 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); 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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Sandrine TORNARE

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