

GE_GERICHTE ATAS/932/2016 vom 14. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_932_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/932/2016 du 14 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/932/2016 del 14 novembre 2016

Erwägungen

E. 20

novembre 2013. 42. Le projet de décision précité a été confirmé par l'OAI par décision du 8 avril 2016, dans laquelle cet office a notamment relevé que l'expertise pluridisciplinaire n'avait pas eu lieu dès lors que le SMR avait pu statuer sur la base des éléments versés au dossier et notamment du rapport d'expertise du 21 septembre 2012. 43. Toujours sous la plume de son conseil, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours en date du 4 mai 2016, concluant principalement à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2012 au 30 septembre 2013, une demi-rente d'invalidité du 1er octobre 2013 au 29 février 2014 et un quart de rente dès le 1er avril 2014 et, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en place d'une expertise médicale actualisée. A l'appui de ses conclusions, elle a repris les mêmes arguments que ceux évoqués dans son opposition, les étayant pour le surplus avec un rapport établi par le Dr D_____ en date du 22 avril 2016. Selon le Dr D_____, la recourante avait dans un premier temps souffert de douleurs à l'épaule gauche, lesquelles étaient entretenues par l'activité professionnelle. Le diagnostic alors posé était celui de conflit sous-acromial

A/1434/2016 - 12/29 - chronique avec tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche. Cette atteinte avait nécessité une intervention chirurgicale (arthroscopie, puis bursoscopie, bursectomie et acromioplastie antérieure de l'épaule gauche) réalisée le 13 décembre 2012. De manière concomitante, la recourante avait souffert de douleurs cervico-brachiales gauches, lesquelles se recoupaient partiellement avec les douleurs de l'épaule. Les investigations menées avaient toutefois démontré qu'elles étaient en lien avec une hernie cervicale C3-C4 gauche, provoquant des douleurs cervicales et une irritation de la racine C4 gauche. Cette atteinte avait, quant à elle, nécessité une intervention chirurgicale le 7 mai 2013 sous la forme d'une discectomie et herniotomie C3-C4 par voie antérieure et l'implantation d'une cage verrouillée. Dans son rapport d'expertise du 6 septembre 2012, la Dresse F_____ proposait de procéder à une deuxième infiltration et attribuait les cervicalgies chroniques à un syndrome douloureux chronique (ou fibromyalgie). Or, elle s'était trompée. Par ailleurs, à partir de juillet 2013, la recourante avait développé des polyarthralgies, ayant nécessité un bilan biologique complet ayant exclu des signes de maladie inflammatoire du type polyarthrite rhumatoïde ou autre. En outre, plusieurs trigger points de fibromyalgie avaient été constatés. Le 9 juillet 2014, la recourante avait été victime d'un accident sans gravité ayant entraîné une petite entorse cervicale. Depuis lors, elle se plaignait de douleurs et paresthésie dans les mains. L'ENMG effectué le 8 juillet 2014 avait montré des signes irritatifs aux deux nerfs médians. Les douleurs de l'épaule avaient toutefois disparu. Lors de la rédaction du rapport, la recourante évoquait encore les atteintes suivantes : douleurs cervicales persistantes, irradiant vers les muscles trapèzes plutôt à droite, engourdissements imprévisibles des mains et parfois des bras et des jambes,

douleurs et raideurs matinales des doigts et parfois des orteils et difficultés à marcher après les stations assises prolongées en raison de douleurs plantaires. Cliniquement, le Dr D_____ avait également retrouvé plusieurs points de fibromyalgie. Dans ces circonstances, le médecin précité était d'avis que la recourante ne pouvait pas exercer son activité de pédicure à un taux plus important que 60%. 44. Pour sa part, l'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 1er juillet 2016 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant que les pièces rassemblées après l'expertise effectuée par le CEMED en date du 6 septembre 2012, confirmaient une évolution favorable de l'état de santé de la recourante de sorte qu'il n'était pas nécessaire de mettre en place une nouvelle expertise. Etant donné que la recourante avait pu reprendre progressivement son activité habituelle, la mise en valeur d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée était objectivement exigible. Par ailleurs, l'OAI avait soumis le rapport du Dr D_____ du 22 avril 2015 à son SMR, dont l'avis du 30 juin 2016

A/1434/2016 - 13/29 - était joint à l'écriture, qui ne comprenait pas ce qui pouvait empêcher la recourante d'exercer une activité adaptée à 60%, dès lors qu'elle avait repris son activité habituelle à 100%. 45. La réponse de l'OAI et l'avis du SMR ont été transmis à la recourante et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 1er juillet 2013, singulièrement sur la valeur probante du rapport du CEMED du 6 septembre 2012 et sur le degré d'invalidité. 4. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334

A/1434/2016 - 14/29 - consid. 3.1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcents entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). 5. En premier lieu, la recourante conteste l'appréciation de sa capacité de travail par le CEMED et les médecins du SMR et, dans ce contexte, la valeur probante de leur rapport. Se fondant sur l'avis du SMR du 20 novembre 2013, elle conclut à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

A/1434/2016 - 15/29 - le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des

lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de

A/1434/2016 - 16/29 - procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). b/dd. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

6. a. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe

selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274).

A/1434/2016 - 17/29 - b. Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'ils prennent toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 22 consid. 4d; MARC HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 et ss). c. Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la

capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (RCC 1983 p. 246; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4). 7. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués

A/1434/2016 - 18/29 - ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. 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 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). 8. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du CEMED du

E. 21

septembre 2012 et sur celles de son SMR du 25 juin 2015 pour mettre un terme au versement de la rente avec effet au 30 juin 2013. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces documents. a. Si le rapport du 21 septembre 2012 de la Dresse F_____ répond à de nombreux réquisits jurisprudentiels, ses conclusions ne sauraient être suivies pour les motifs suivants. En premier lieu, dans le rapport précité, l'experte mandatée par l'assureur perte de gain a préconisé la réalisation d'une deuxième infiltration au niveau de l'épaule gauche et a considéré qu'une activité professionnelle devait pouvoir être reprise trois à quatre semaines plus tard, à 25% dans un premier temps pour être augmentée progressivement jusqu'à un taux de 100% dans un délai de trois mois après ladite infiltration. Or, force est de constater que la deuxième infiltration au niveau de l'épaule gauche n'a jamais été effectuée. En lieu et place, la recourante a été opérée du conflit sous-acromial en date du 13 décembre 2012, bénéficiant plus particulièrement d'une arthroscopie suivie d'une bursoscopie, bursectomie et acromioplastie antérieure. En second lieu, la Dresse F_____ était également d'avis que les douleurs au niveau cervical étaient en lien avec un syndrome douloureux chronique. Or, le 7 mai 2013, l'assurée a subi une intervention chirurgicale au niveau des cervicales, sous la forme d'une discectomie et hémiectionomie gauche C3-C4 par voie antérieure, avec implantation d'une cage verrouillée. Cette intervention a très largement contribué à améliorer les douleurs cervicales. Suite à ces interventions, la recourante a pu reprendre son activité habituelle de pédicure à 25% dès le 1er juillet 2013 et à 50% dès le 7 octobre 2013.

A/1434/2016 - 19/29 - Ainsi, dans la mesure où les conclusions de la Dresse F_____ se fondent sur des projections qui ne se sont pas réalisées (la réalisation d'une deuxième

infiltration et lien entre le syndrome douloureux chronique et l'atteinte cervicale), elles ne sauraient être prises en considération. Le SMR est au demeurant du même avis dès lors que le 20 novembre 2013, il a suggéré la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et éventuellement neurochirurgie). Il est à noter que cet avis a été établi alors même que la recourante avait déjà repris son activité lucrative. En d'autres termes, en novembre 2013, le SMR considérait qu'au vu de l'évolution de l'état de santé de la recourante, il ne lui était pas possible de se prononcer sur sa capacité de travail sur la base des conclusions de la seule expertise du 6 septembre 2012 et qu'une expertise pluridisciplinaire devait être réalisée. b. L'OAI se fonde également sur le bref avis du 25 juin 2015 du SMR, dans lequel ce dernier a considéré, en se fondant sur l'expertise du 6 septembre 2012, que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à 100% depuis la reprise de son activité habituelle à 25% le 1er juillet 2013. Force est de constater que ledit rapport se fonde sur l'expertise du 6 septembre 2012, à laquelle la chambre de céans a dénié toute valeur probante. En outre, il pose des conclusions nouvelles (capacité de travail entière dès le 1er juillet 2013) sans examen de la recourante ni explications circonstanciées. Certes, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles peut paraître plausible dans la mesure où la recourante a repris son activité habituelle, laquelle est physiquement plus exigeante. Cependant, il ne peut être exclu qu'en raison de l'intervention du 7 mai 2013, seule une reprise progressive ait été exigible et ce même dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles. Les conclusions du SMR ne sauraient par conséquent pas non plus être suivies. c. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1er juillet 2013, aucun des documents sur lesquels il s'est fondé ne prenant en considération l'évolution de l'état de santé de la recourante à compter du mois de décembre 2012. La décision querellée doit donc être annulée pour ce motif déjà. En temps normal, la chambre de céans aurait renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire telle que suggérée par le SMR dans son avis du 20 novembre 2013. Cela n'a cependant un intérêt que si l'on peut exiger de la recourante que, conformément à son obligation de diminuer le dommage, elle mette fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative. Concrètement, avant de se prononcer sur l'opportunité d'une instruction complémentaire, il convient de déterminer si un changement de profession aurait pour conséquence une diminution des prestations dues par l'assurance-invalidité. Cela revient ainsi à établir, dans un premier temps, le degré d'invalidité en prenant en considération l'activité habituelle uniquement.

A/1434/2016 - 20/29 - 9. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au chiffre 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et

demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). b/aa. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG; depuis le 1er janvier 2008: art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). La

A/1434/2016 - 21/29 - 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. A noter toutefois que dans le cas d'un indépendant, le degré d'invalidité ne saurait être déterminé en appliquant la méthode de la comparaison en pour-cent, cette méthode ne prenant pas en considération le fait que la gestion d'une structure commerciale engendre des charges fixes et incompressibles, telles que loyer, mobilier ou assurances, qui sont indépendantes de la variation du degré d'activité. Une diminution du chiffre d'affaires ne se traduit donc pas par une diminution proportionnelle du bénéfice. De telles circonstances nécessitent bien plutôt l'examen concret de la situation de la personne assurée. b/bb. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs.

Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255). b/cc. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de

la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2008: art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), 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 (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique 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

A/1434/2016 - 22/29 - le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30 et les références). Concrètement, il y a lieu de pondérer les activités exercées par l'indépendant en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu d'une personne non invalide et le revenu d'invalide et effectuer une comparaison des revenus (CIIAI, ch. 3105s). L'incidence des empêchements dans les diverses activités sur la capacité de gain du recourant se détermine selon la formule applicable pour la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4a) : $T1 \times B1 \times S1 + T2 \times B2 \times S2 + T3 \times B3 \times S3 + T4 \times B4 \times S4 = \text{taux d'invalidité } T1 \times S1 + T2 \times S2 + T3 \times S3 + T4 \times S4$ T correspond à la part consacrée à chacun des champs d'activités du travail en cause par rapport au temps total (= $T1 + T2 + T3 + T4 = 100\%$) en pour cent, B à l'incapacité de travail dans chacune des activités et S au revenu pour l'activité correspondante. c. Dans le cadre de la méthode mixte, le taux d'invalidité globale est calculé d'après le temps consacré aux deux champs d'activité (activité lucrative et travaux habituels) et se détermine à l'aide de la formule suivante (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 7.1) : $(\% \text{ part lucrative} \times \% \text{ invalidité}) + (\% \text{ part ménagère} \times \% \text{ invalidité})$ 10. a. 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; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). b. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel

A/1434/2016 - 23/29 - changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 11. a. En l'espèce, l'assurée a repris son activité habituelle à 25% le 1er juillet 2013, à 50% le 7 octobre 2013 et à 60% le 1er mars 2014. Il s'agit dès lors de déterminer quel était son degré d'invalidité depuis le 1er juillet 2013. Quand bien même la recourante dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, on ne peut appliquer la méthode de la comparaison en pourcents dès lors que cette manière de procéder ne tient pas compte des charges fixes et incompressibles tels que le loyer, le mobilier ou les assurances. Dans un cas tel que celui de la recourante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés avant et après la survenance de l'invalidité constitue la méthode la mieux adaptée (voir dans le même sens arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3). A noter toutefois que les documents comptables ne permettent pas de déterminer de manière précise le dommage économique en 2013. En revanche, cela est possible pour l'année 2014 de sorte que cette méthode ne sera utile que pour cette seule année. b/aa. Il ressort du rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 17 décembre 2015 que la recourante travaillait à 40% entre 1999 et 2009. De janvier 2010 à juillet 2011, elle travaillait à 90%. Un soin d'une heure est facturé CHF 90.-. Ces données ne sont pas contestées par la recourante de sorte qu'elles seront prises en considération pour déterminer le revenu pertinent. La situation économique de la recourante telle qu'elle ressort des pièces comptables combinées au rapport d'enquête précité peut être résumée de la manière suivante pour les années 2009 à 2011 :

Chiffre d'affaires Nombre de soins Pourcentage par rapport au chiffre d'affaires 2010
 Chiffre d'affaires si à 90% (selon règle de trois) 2009 33'595.00 373 40% 1 85'388.00 2010
 84'290.00 937

84'290.00 2011 46'305.00 515 54% 3 77'175.00 4 Chiffre d'affaires moyen sur les trois ans
 82'284.35 1 CHF 33'595.00 / CHF 85'388.00 2 CHF 33'595.00 x 0.90 x 0.40 3
 CHF 46'305.00 / CHF 85'388.00 4 CHF 46'305.00 x 0.90 x 0.54 5 (CHF 85'388.00 + CHF
 84'290.00 + CHF 77'175.00) / 3

A/1434/2016 - 24/29 - Par ailleurs, il ressort des comptes de pertes et profits pour 2009, 2010 et 2011 que les charges de la recourante se sont élevées à CHF 30'765.08 en 2009, CHF 32'939.62 en 2010 et 32'798.20 en 2011, soit en moyenne CHF 32'168.-. En conséquence, le revenu moyen calculé sur les années 2009 à 2011 s'élève à CHF 50'116.35 (CHF 82'284.35 - CHF 32'168.-). b/bb. En 2014, le chiffre d'affaires de la recourante s'est élevé à CHF 52'270.-. A ce montant, il convient d'ajouter CHF 6'518.- correspondant aux revenus qu'elle perçoit de la location de son cabinet, deux jours par semaine pour réduire son dommage. En 2009, 2010 et 2011, l'assurée avait sous-loué son cabinet pour un revenu moyen de 5'565.- (CHF 5'909.- en 2009, CHF 3'755.- en 2010 et CHF 7'030.- en 2011). En 2014, la recourante a sous-loué son cabinet pour un revenu de CHF 12'083.-. La différence entre ce montant et le loyer moyen encaissé entre 2009 et 2011 correspond ainsi à une mesure prise par la recourante pour réduire son dommage. Par conséquent, ce montant de CHF 6'518.- doit être pris en considération dans le calcul du degré d'invalidité étant donné qu'il permet à la recourante d'augmenter son chiffre d'affaires, de sorte que celui-ci s'élève à CHF 58'788.- en 2014. Selon le compte de pertes et profits, les charges s'élevaient à CHF 24'143.-. Par conséquent, le revenu de la recourante se montant à CHF 34'645.- en 2014. A noter qu'aucun abattement supplémentaire ne se justifie, aucun des critères n'étant réalisé : la recourante est encore jeune, ses limitations fonctionnelles ont à l'évidence été prises en considération dans l'estimation de sa capacité de travail. a/cc. Si l'on procède ainsi à la

comparaison des revenus, le degré d'invalidité de la recourante s'élève à 31% ([CHF 50'116.35 - CHF 34'645.-] / CHF 50'116.35) soit 30,87%) ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit ne serait-ce qu'à un quart de rente. A noter que même avec un abattement de 10%, la recourante n'aurait pas droit à un quart de rente. b/aa. Le résultat serait identique si l'on fait abstraction des documents comptables et que l'on appliquait la méthode extraordinaire. En effet, il ressort de la comparaison des champs d'activité effectuée par l'enquêtrice, non contestée par la recourante, qu'avant l'atteinte à la santé, elle travaillait 36 heures par semaine, ce qui correspond à une activité à 90%. Elle consacrait 10% de son temps aux activités administratives et 90% à son activité de pédicure proprement dite. Depuis le 1er mars 2014, elle effectuait 23 heures par semaine, ce qui correspondait environ à une activité à 60%. Il ne ressort pas du dossier que la recourante consacrerait plus de temps aux tâches administratives. Elle ne l'allègue d'ailleurs pas. Ainsi, le partage du temps de travail entre les différentes activités est identique. Par ailleurs, dans la mesure où il s'agit d'une entreprise unipersonnelle et que l'intensité de l'activité administrative dépend de celle de l'activité de pédicure, on ne peut exiger de la recourante qu'elle consacre plus de temps à son activité administrative (factures, stocks, mise à jour des dossiers clients, etc.). Enfin, l'incapacité de travail

A/1434/2016 - 25/29 - de la recourante ne se révèle que dans son activité de pédicure-podologue et non dans ses tâches administratives, ce qui n'est pas contesté. b/bb. S'agissant des revenus, il y a lieu de se baser dans la table T17 des ESS 2012 sur le revenu d'une femme âgée de 30 à 49 ans, exerçant d'autres activités de type administratif (ligne 4, CHF 5'901.- x 12 = CHF 70'812.-), respectivement une activité impliquant des services directs aux particuliers (ligne 5, CHF 4'532.- x 12 = CHF 54'384.-). Indexés selon l'indice suisse des salaires nominaux, les revenus précités s'élèvent à CHF 72'021.- et à CHF 55'312.-. En effet, s'agissant de l'activité administrative, la recourante effectue des tâches relevant tant de l'activité d'une employée de bureau que de celle d'une réceptionniste ou encore d'employée des services comptables et d'approvisionnement de sorte qu'il se justifie de prendre en considération le salaire moyen relatif à ces différentes professions (ligne 4 de la table T17 des ESS 2012). Selon les indications données sur la demande de prestations d'invalidité, la recourante a suivi une formation de pédicure à l'école de pédicure de septembre 1986 à septembre 1989. La demande de prestations ne contient toutefois aucune indication quant à une formation de podologue. Selon les dictionnaires médicaux de langue française, le « podologue » est l'auxiliaire médical spécialisé dans l'étude du pied pathologique par des méthodes non invasives (empreintes plantaires) et traitant les anomalies constatées par des méthodes orthopédiques (semelles). Quant au « pédicure », il se consacre quant à lui aux soins des affections superficielles des pieds et des orteils (durillons, ongles incarnés) ou bien aux soins du pied normal (voir arrêt du Tribunal fédéral 4P.111/2006 du 27 septembre 2006). Selon le site internet de l'école supérieure de podologues, reconnue par l'Etat de Genève (voir http://www.espod.ch/espod/La_profession.html), la podologie fait partie des professions de santé. Autrefois nommée pédicurie, elle a changé de nom parce qu'elle a élargi ses compétences et pour s'harmoniser avec l'appellation donnée en vigueur en Suisse alémanique et sur le plan européen. L'activité exercée par l'assurée implique par conséquent des services directs aux particuliers (pédicure) et des activités exercées par le personnel soignant (podologue). En outre, dans la mesure où elle tient son propre cabinet, la recourante exerce à l'évidence également des activités commerciales. Ainsi, il y a lieu de retenir le revenu moyen relatif à ces différentes professions (ligne 5 de la table T17 des ESS

2012). A noter que lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). En conséquence, il est inutile d'adapter ces chiffres à l'horaire hebdomadaire de travail en 2014. En définitive, la comparaison des champs d'activités avec pondération donne ainsi les résultats suivants, pour la période courant dès le 1er mars 2014:

A/1434/2016 - 26/29 -

Champs d'activité Pondération sans handicap (T) Incapacité de travail (B) Revenu annuel (S) Direction - administration 10% 0% 72'021.- Prédicure podologue 90% 40% 55'312.- En se fondant sur ces revenus, le taux d'invalidité de la recourante s'élève à 35% (34,9% arrondi à 35%), calculé de la manière suivante : $(10\% \times 0\% \times \text{CHF } 72'021.-) + (90\% \times 40\% \times \text{CHF } 55'312.-) = \text{taux d'invalidité } 10\% \times \text{CHF } 72'021.- + 90\% \times \text{CHF } 55'312.- \text{ soit: CHF } 0.- + \text{CHF } 19'912.- = \text{taux d'invalidité CHF } 7'202.- + \text{CHF } 49'781.- \text{ soit CHF } 19'912.- = \text{taux d'invalidité CHF } 56'983.-$ En réalité, en appliquant la méthode extraordinaire, on arrive à un résultat similaire que la méthode en pourcents ($40\% \times 90\% = 36\%$). 12. Le degré d'invalidité total doit être déterminé en prenant également en considération l'invalidité dans les travaux habituels. Dans la mesure où la recourante n'a pas contesté les conclusions de l'enquête sur le ménage, il y a lieu de retenir un empêchement de 1.25%, Ainsi, conformément à la formule consacrée par la jurisprudence s'agissant de la méthode mixte (voir supra), le taux d'invalidité de la recourante est le suivant dès le 1er mars 2014 : $[35\%] + [10\% \times 1.25\%] = 35\% + 0.125\% = 35.125\% \text{ soit } 35\%$

Dès cette date, le degré d'invalidité de la recourante est insuffisant pour lui donner droit à une rente. 13. Il convient désormais d'examiner si la cause doit être renvoyée à l'office intimé pour mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire telle que préconisée par le SMR en novembre 2013 pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante pour la période du 1er juillet 2013 (date de la suppression de la rente) et le 28 février 2014 (date à partir de laquelle la recourante présente un degré

A/1434/2016 - 27/29 - d'invalidité inférieur à 40%). En effet, comme indiqué précédemment, la détermination du taux d'invalidité dans une activité adaptée n'a d'intérêt que dans l'hypothèse où la reprise d'une activité salariée peut être exigée de la recourante. En l'espèce, la question de la capacité de travail dans une activité adaptée est pertinente du point de vue de l'assurance-invalidité pour une période de huit mois seulement, pendant laquelle la recourante n'aurait quoi qu'il en soit pas pu prétendre à une rente entière (voir infra). Ainsi, dans de telles circonstances, il paraît disproportionné d'exiger de la recourante qu'elle mette fin à son activité indépendante qu'elle exerce depuis 26 ans au profit d'une activité salariée certes plus lucrative mais pertinente du point de vue de l'assurance-invalidité pendant quelques mois uniquement. Par conséquent, dans la mesure où on ne saurait exiger de la recourante un changement de profession, il n'y a pas de raison de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée de sorte qu'un renvoi de la cause n'est pas nécessaire. 14. Dans de telles circonstances, le degré d'invalidité doit être établi en prenant en considération la capacité de travail dans l'activité habituelle de pédicure-podologue. Les taux d'incapacité de travail dans l'activité habituelle n'ayant pas été contestés par l'intimé, ceux-ci seront pris en considération pour déterminer le degré d'invalidité. Par ailleurs, pour des questions de simplification, la chambre de céans appliquera la méthode de la comparaison en pourcents, cette méthode arrivant au même

résultat que la méthode extraordinaire. En l'espèce, la recourante a repris son activité lucrative à 25% le 1er juillet 2013, à 50% le 7 octobre 2013 et à 60% le 1er mars 2014. Son degré d'invalidité se calcule ainsi de la manière suivante : Du 1er juillet au 6 octobre 2013 : activité habituelle exercée à 25% : $[90\% \times 75\%] + [10\% \times 1.25\%] = 67.5\% + 0.125\% = 67.625\%$ soit 68% Du 7 octobre 2013 au 28 février 2014 : activité habituelle exercée à 50% : $[90\% \times 50\%] + [10\% \times 1.25\%] = 45\% + 0.125\% = 45.125\%$ soit 45% Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, le droit de la recourante à une rente ne peut être révisé qu'à l'expiration d'un délai de trois mois, à savoir avec effet au 1er octobre 2013, date à laquelle elle aura droit à trois-quarts de rente, au 1er janvier 2014, date à laquelle sa rente devra être réduite à un quart de rente et au 1er juin 2014, date à laquelle sa rente devra être supprimée. 15. Au vu de ce qui précède, le recours du 4 mai 2016 sera partiellement admis et la décision querellée annulée. La recourante sera mise au bénéfice d'une rente entière du 1er septembre 2012 au 30 septembre 2013, de trois-quarts de rente du 1er octobre au 31 décembre 2013 et d'un quart de rente au 1er janvier au 31 mai 2014, la rente étant supprimée avec effet au 1er juin 2014.

A/1434/2016 - 28/29 - La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1434/2016 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.