

GE_GERICHTE A/2270/2013 vom 7. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2270_2013

FR: GE_GERICHTE A/2270/2013 du 7 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/2270/2013 del 7 settembre 2015

Erwägungen

E. 3

mai 2015. Le diagnostic de trouble de la personnalité anankastique devait être apprécié sur la base de la psychopathologie de l'assurée; il n'était pas toujours facilement repérable; l'assurée présentait indiscutablement des traits pathologiques relevant de la personnalité anankastique; ces traits se manifestaient particulièrement dans la vie professionnelle; ce diagnostic comportait des éléments de nature subjective, mais il était étayé par des constatations objectives faites aux EPI; par ailleurs, la dysthymie et l'épisode dépressif léger pouvaient être présents ensemble; ils ne représentaient cependant pas le facteur principal expliquant le faible rendement de l'assurée; il confirmait le diagnostic de personnalité anankastique, les traits obsessionnels s'étant amplifiés au fil des ans. 86. Le 1^{er} juin 2015, la dresse J_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel le Dr N_____ ne s'appuyait sur aucune constatation médicale avérée pour affirmer la présence d'un trouble dépressif constitué sévère, évoluant depuis les années 1999 à 2000 et jusqu'en 2011; les constatations faites aux EPI se rapportaient aux débuts de la mesure et s'expliquaient par un manque de confiance initial; le psychiatre-traitant ne l'avait jamais mentionné et croyait aux ressources de l'assurée; le Dr N_____ reconnaissait une diminution de la capacité de travail de 25% en raison de l'épisode dépressif léger et de la dysthymie et, dans son rapport complémentaire, il indiquait que ces diagnostics n'étaient pas le facteur principal de la diminution de rendement. 87. Le 29 juin 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours; le Dr N_____ n'avait pas examiné si les critères généraux du trouble de la personnalité et les caractéristiques de la personnalité anankastique étaient remplis; il s'était uniquement fondé sur les déclarations de l'assurée, alors que ce diagnostic n'avait pas été posé auparavant; l'expertise n'était pas probante. 88. Sur quoi, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. L'objet du litige porte sur la décision du 7 juin 2013 de l'intimé supprimant, à la date du 31 mars 2009, la rente entière d'invalidité de l'assurée. Ne fait ainsi par partie de l'objet du litige la question du droit de la recourante à des indemnités journalières d'attente, au remboursement du cours IFAGE et à des viatiques. 3. 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. 4. 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 (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 1^{er} janvier 2008).

5. a) 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.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

6. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b).

b) L'art. 17 al. 1^{er} LPGGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V

343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du

droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b). 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). 7. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATF non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b) 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 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 125 V 351 consid. 3).

c) 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. 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).

d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

h) 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).>![endif]>![if> En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

10. 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 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 et les références). 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).>![endif]>![if> b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non

publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). c) 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, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). 11. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

!endif]>![if> Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). c) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 12. En l'espèce, la chambre de céans a considéré ce qui suit dans son ordonnance d'expertise du 10 avril 2014 :!endif]>![if> "Dans son arrêt du 8 septembre 2008 le TCAS a écarté l'avis du Dr H_____ du 19 juin 2007, lequel reconnaissait à la recourante une capacité de travail entière, au motif qu'il n'était pas probant et a constaté que malgré une amélioration de l'état de santé de la recourante, celle-ci n'était pas capable de travailler immédiatement de sorte qu'un réentraînement au travail était nécessaire avant d'atteindre une capacité de travail pleine et entière. Ainsi, la capacité de travail progressive de la recourante devait être réévaluée et déterminée après la mise sur pied de mesures professionnelles. En l'occurrence, l'intimé a mis en place dès 2009 un réentraînement au travail par le biais de stages aux EPI et chez L_____, de cours

d'informatique et de comptabilité ; ces mesures se sont terminées le 31 mars 2012. L'intimé considère que la recourante était totalement capable de travailler dès le début des mesures professionnelles, soit dès le 1^{er} avril 2009, de sorte que la rente d'invalidité a été supprimée dès cette date. Il considère que le TCAS avait admis, dans son arrêt du 8 septembre 2008, cette capacité de travail entière et que pour des raisons pratiques et non médicales, l'exigibilité immédiate était remise en question et des mesures d'ordre professionnel devaient être prononcées. La réadaptation professionnelle a d'ailleurs précisé le 12 décembre 2012 que la capacité de travail était entière dès le début des mesures de réadaptation mais pas exigibles pour des raisons extras-médicales. A ce stade, il convient de constater que cette interprétation de l'arrêt du TCAS du 8 septembre 2008 est erronée et que c'est bien pour des raisons médicales, soit sur la base de l'audition du psychiatre-traitant, lequel avait clairement exclu toute reprise immédiate de travail sans l'aide d'un réentraînement, que le TCAS a annulé la décision de l'intimé et renvoyé la cause à celui-ci pour la mise en place de telles mesures et la fixation, par le biais d'une appréciation médicale, de la capacité de travail progressive de la recourante. Aucun facteur extra-médical n'a été mentionné. Or, l'intimé n'a effectué aucune appréciation médicale et a considéré qu'avant même le début de toute mesure de réadaptation au travail, la capacité de travail de la recourante était pleine et entière, d'un point de vue médical. Par ailleurs, les raisons pratiques avancées par l'intimé ne sont pas explicitées et n'apparaissent pas pertinentes. En l'état, il convient de constater que, vu l'avis du Dr D_____ et l'audition de la recourante lors de l'audience du 20 janvier 2014, seule une capacité de travail de 50% de la recourante peut, en l'état, être attestée. De surcroît, à l'issue des mesures de réadaptation la recourante a, de fait, été engagée à 50% comme comptable depuis le 1^{er} octobre 2010. S'agissant en particulier de l'avis du Dr D_____ du 1^{er} janvier 2014, il convient de constater, contrairement à l'avis de l'intimé, que ce médecin, à la question 7 « l'assurée a-t-elle récupéré une capacité de travail, si oui depuis quelle date et à quel taux ? », a bien répondu « oui, plus particulièrement pendant la période où elle a pu effectuer un stage chez L_____ du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012 à 50% ». En conséquence, une évaluation médicale doit être effectuée afin d'être à même de préciser l'évolution de la capacité de travail de la recourante, en particulier dès la fin des mesures d'ordre professionnel, soit dès le 31 mars 2012, et de préciser la capacité de travail actuelle de celle-ci." 13. La chambre de céans relève encore que le SMR a estimé le 25 janvier 2010 qu'il n'y avait pas d'élément susceptible de modifier les conclusions du rapport SMR du 20 juillet 2007, la capacité de travail étant entière dans l'activité habituelle et l'obstacle principal découlant du fait que la recourante ne manifestait pas de grande motivation concernant des mesures, problématique qui sortait du cadre médical. Or, l'avis du SMR du 20 juillet 2007 se réfère au rapport du Dr H_____ du 19 juin 2007, lequel a été jugé le 8 septembre 2008 comme non probant par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS); le SMR n'a ainsi pas du tout tenu compte de l'arrêt précité indiquant précisément que la recourante ne disposait pas, contrairement à l'avis du Dr H_____, d'une capacité de travail de 100% depuis toujours et dans toute activité. Cet avis du SMR du 25 janvier 2010 est d'autant moins compréhensible que la réadaptation professionnelle avait, quant à elle, pendant correctement fait état de l'arrêt précité en mentionnant le 27 mars 2009 que le "TCAS estime que, compte tenu du témoignage du Dr D_____, qui est qualifié de précis et convaincant, une capacité de travail immédiate de 100% n'est pas exigible, ceci en raison des symptômes de dysthymie. En outre, dans la mesure où l'assurée est au bénéfice d'une rente depuis 1999, un réentraînement au travail par le biais de l'aide au placement ou de mesures d'ordre

professionnel doit être mis en œuvre. La cause est alors renvoyée à notre office pour nouvelle décision après instruction complémentaire, afin de déterminer avec précision la capacité professionnelle de l'assurée et pour la mise en place d'un réentraînement ou travail." La réadaptation professionnelle relève aussi que le Dr D _____ avait insisté sur la nécessité d'une reprise progressive et considère que les conditions d'un reclassement sont remplies (art. 17 LAI). Par ailleurs, le SMR, dans son avis du 25 juin 2010, a estimé que l'obstacle principal découlait actuellement du fait que la recourante ne manifestait pas de grande motivation concernant des mesures; cette affirmation n'est pas étayée par les pièces du dossier et ne ressort même pas de l'avis du Dr H _____ du 19 juin 2007 sur lequel le SMR s'est fondé, puisque ce médecin ne mentionne à aucun moment un manque de motivation de la recourante. Cette affirmation du SMR est également contredite par d'autres pièces du dossier. Ainsi, le 15 février 2008, le coordinateur emploi de l'OAI avait mentionné, lors d'un entretien avec la recourante, qu'il était d'avis qu'une phase transitoire était indispensable, en vue de reprendre une activité et avait proposé une formation durant cinq semaines, tout en relevant que la recourante semblait objectivement de bonne foi dans son envie de retrouver un emploi. Cette mesure avait paru insurmontable à la recourante et c'était pour cette raison que le mandat de placement avait été clôturé et non pas en raison d'un manque de motivation de la recourante. Le psychiatre-traitant de la recourante a d'ailleurs requis de l'OAI à plusieurs reprises la mise sur pieds de mesures professionnelles afin que la recourante puisse réintégrer progressivement, et avec du soutien, le monde du travail (PV du 30 juin 2008). Par la suite, la recourante a régulièrement suivi les mesures mises en place par l'OAI dès mars 2009; elle avait d'ailleurs annoncé à l'OAI le 5 février 2009 qu'elle était prête pour un réentraînement au travail progressif. Un manque de motivation ne ressort pas non plus du rapport EPI 2009, lequel tient compte d'une période de stage de six mois. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 4 décembre 2009, qui fait suite à un entretien du 24 novembre 2009, relève d'ailleurs que la recourante dit ne pas aller bien du tout, mais qu'elle est preneuse d'une proposition de mise à niveau en école et qu'il est difficile de mettre en place un entraînement au travail dans le domaine de la comptabilité, compte tenu de l'état psychique de la recourante; il n'est pas mentionné non plus de manque de motivation de la recourante, mais uniquement des difficultés à entrer dans le monde de travail en raison de sa problématique psychique; le rapport subséquent de la réadaptation professionnelle du 1^{er} mars 2010 relève même que la recourante avait confirmé son souhait de poursuivre des mesures de réinsertion et s'impatientait. Au 25 janvier 2010, date de l'avis du SMR, aucun document ne permettait donc à celui-ci de conclure à une capacité de travail totale de la recourante, uniquement entravée par une problématique non médicale de manque de motivation concernant les mesures. La chambre de céans constate encore que ce manque de motivation n'apparaît pas non plus dans les rapports subséquents. En particulier, le rapport des EPI du 29 avril 2010 (rapport EPI 2010), suite à un stage de trois mois, ne mentionne pas non plus de manque de motivation; au contraire, il relève qu'il a été dit à la recourante, en mars 2010, qu'elle était dans une phase de projection de reprise d'activité (rapport EPI 2010, p. 5). Fin mars 2010, il est relevé qu'elle travaille avec assiduité et sans pause (rapport EPI 2010 p. 7) et qu'elle est très assidue au cours "sight and sound" (rapport EPI 2010 p. 8), que malgré sa difficulté à tenir les horaires, elle est très assidue (rapport EPI 2010 p. 9). Le rapport EPI des 17 novembre 2010 et 16 février 2011 constate une amélioration de l'absentéisme, de la régularité et conclut à une capacité de travail de la recourante de 80% dans le circuit économique normal (avec encore une fragilité). Au vu de ce qui précède, aucun facteur extra-médical, comme

allégué par le SMR, ne ressort du dossier. Selon la jurisprudence, d'un point de vue médical, l'octroi d'une mesure de réadaptation peut constituer une condition sine qua non pour permettre à la personne assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail. Lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêt 9C_141/2009 du 5 octobre 2009, consid. 2.3.1 [et les arrêts cités] in SVR 2010 IV Nr. 9 p. 29 ; ATF 9C_152/2013 du 3 septembre 2013, consid. 3.1). La recourante se trouve exactement dans la situation précitée, le TCAS ayant considéré qu'une mesure de réentraînement au travail était nécessaire avant tout recouvrement d'une capacité de travail (ATAS 986/2008 du 8 septembre 2008). Il convient ainsi d'admettre que la recourante était incapable de travailler avant la mise en place d'un réentraînement au travail. En l'espèce, il n'y avait donc pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité de la recourante sur la base d'une capacité de travail médico-théorique de 100% au 1^{er} avril 2009, soit au début des mesures de réentraînement au travail. Au contraire, aucun motif de révision (art. 17 LPGa) ne permettait de supprimer au 1^{er} avril 2009 la rente entière d'invalidité de la recourante, fondée sur une incapacité de travail totale de celle-ci. Afin de déterminer précisément l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, la chambre de céans a, dans le cadre de la présente procédure, ordonné une expertise judiciaire, confiée au Dr N_____. Les conclusions de celle-ci permettent également de confirmer l'absence de capacité de travail de la recourante au 1^{er} avril 2009 et, plus précisément, jusqu'au 1^{er} avril 2011. 14. L'expertise judiciaire du Dr N_____, complétée le 3 mai 2015, remplit en effet les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Fondée sur quatre entretiens avec la recourante, elle comprend une anamnèse complète, une analyse fouillée des pièces médicales au dossier depuis les premières périodes d'incapacité de travail de la recourante (lesquelles remontent à l'année 1999), elle relate les plaintes de la recourante, pose des diagnostics clairs et bien motivés. Dans son complément du 3 mai 2015, l'expert a relevé que la recourante présentait indiscutablement des traits pathologiques relevant de la personnalité anankastique, que sa méticulosité et sa très grande lenteur avaient entraîné la perte de son dernier emploi et qu'on ne lui avait pas reproché un manque d'engagement ou de motivation; il a précisé que le trouble de personnalité anankastique n'était pas toujours facilement repérable et que les traits obsessionnels ressortaient plus facilement chez une personne en position d'autorité, ce qui n'était pas le cas de la recourante. Il a relevé que les EPI avaient fait des observations allant dans le sens d'une personnalité anankastique; celle-ci représentait un facteur de diminution de rendement dans l'activité professionnelle. S'agissant de la capacité de travail, le Dr N_____ a également clairement expliqué que celle-ci était de 75%, compte tenu du trouble de l'humeur, avec un rendement réduit de 50% en raison du fonctionnement obsessionnel et que le facteur principal de la limitation de la capacité de travail était dû au trouble obsessionnel. Les critiques émises par le SMR et reprises par l'intimé, ne sont pas à même de remettre en cause les constatations et conclusions du rapport d'expertise judiciaire. Le SMR conteste la présence d'un trouble de la personnalité anankastique, au motif que le psychiatre-traitant n'a pas posé ce diagnostic et qu'il reposerait sur des éléments principalement subjectifs. Or, le Dr N_____ a expliqué que ce diagnostic n'était pas toujours repérable; par ailleurs, les rapport des EPI et les autres pièces au dossier démontrent de manière objective que les éléments retenus par le Dr N_____ pour fonder son

diagnostic ne sont pas subjectifs et ne peuvent être qualifiés de stress et d'anxiété dus à un commencement de stage, comme l'a analysé le SMR; la recourante a d'ailleurs été licenciée en 2014 en raison d'un manque de productivité et d'efficacité selon les motifs invoqués par l'employeur; le lien entre le trouble de la personnalité et les limitations de la capacité de travail a bien été étayé de façon fiable par l'expert; en particulier, au vu des problèmes similaires de méticulosité, de lenteur, de contrôles excessifs au travail, auxquels a fait face la recourante dans son dernier emploi en 2014, il est totalement erroné de retenir que l'anxiété et le manque de confiance étaient dus au début de la mesure de réentraînement au travail, courant 2009, et qu'ils ont favorablement évolué au fil des mois, comme l'a prétendu l'intimé. A cet égard, le Dr N_____ a relevé que les traits obsessionnels s'étaient même amplifiés au cours des ans et qu'ils étaient d'un abord thérapeutique d'autant plus difficile que le sujet avançait en âge (complément d'expertise du 3 mai 2015). En particulier, le diagnostic de personnalité anankastique est confirmé par les pièces du dossier. La lenteur et le faible rendement de la recourante dus à son fonctionnement obsessionnel ressortent d'ailleurs des constatations faites, tant par son médecin-psychiatre, que par les EPI. A cet égard, le Dr D_____ a indiqué, lors de l'audience du 10 juin 2008, que dès 1999, la recourante n'était pas capable de travailler en raison d'une énorme angoisse d'affronter le monde du travail et d'une peur de rejet et que, dans les mauvais moments, elle s'isolait dans sa chambre, se retirait de la vie en général, se négligeait et paraissait ne plus avoir d'intérêt pour le monde; il a aussi décrit une hyperémotivité, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des perturbations importantes du rythme nyctéméral, un retrait social, un désintéressement des tâches ménagères et éducatives et des difficultés dans la gestion du temps (rapport SMR du 19 juin 2008). L'employeur a, quant à lui, indiqué que le contrat de travail de la recourante avait été résilié en raison notamment d'un manque de mémoire et travail trop lent (questionnaire pour l'employeur du 28 août 2000). Dans le rapport EPI du 12 octobre 2009 (rapport EPI 2009), il est clairement mentionné que la recourante a un rythme lent à cause d'un besoin chronique de perfection qu'elle s'inflige elle-même, que sa résistance est faible, qu'elle peut se bloquer à la moindre contrariété ou difficulté dans les activités, que cela peut se prolonger sur plusieurs jours, que lorsqu'elle est en crise (anxiété, panique), les gestes deviennent nerveux et les erreurs plus nombreuses (rapport EPI 2009 p. 4), que l'apprentissage peut être long à cause des blocages précités ou de dispersion (dérive sur toute autre chose), que les délais ne sont pratiquement jamais respectés (souci extrême de perfection), qu'elle est en permanence en sur-qualité (rapport EPI 2009 p. 5), que la relation aux autres se fait dans la contradiction et l'opposition (rapport EPI 2009 p. 6), que l'objectif fixé dans le cadre de la prolongation de la mesure est finalement de faire reprendre confiance en soi à l'assurée (rapport EPI 2009 p. 9), que le bilan de stage en entreprise (EPI) de deux mois a conclu à un rendement faible, une inéquation avec le circuit professionnel normal, une extrême lenteur dans les réalisations des documents due principalement à un manque chronique de confiance en soi se traduisant par d'innombrables actions de retouches, d'effacements complets et de recommencements, qu'elle avait besoin d'être réassurée en permanence, qu'elle se montrait très exigeante avec elle-même et avec les autres, ce qui pouvait l'amener à des conflits / crises d'angoisse et que les progrès constatés n'étaient pas suffisants pour envisager un reclassement dans le monde économique du travail (rapport EPI 2009 p. 10), qu'elle présentait une fragilité émotionnelle, avec des tremblements, des pleurs et une confiance en elle très limitée, qu'enfin, elle se sentait en permanence attaquée, sur la défensive et manifestait une certaine agressivité (rapport EPI 2009 p. 11). Le rapport EPI 2010, suite au stage ESPACE de trois mois, mentionne aussi un

besoin chronique de perfection (vérification systématique de tout ce qu'elle fait plusieurs fois de suite), entraînant une lenteur, de la dispersion et des difficultés à tenir les délais (rapport EPI 2010 p. 3); la recourante disait qu'elle avait tendance à recommencer plusieurs fois les choses, par souci de perfection, et n'était jamais satisfaite (rapport EPI 2010 p. 4). Une nouvelle mesure est envisagée, afin notamment de travailler sur la confiance en soi (ne pas perdre du temps en relisant plusieurs fois des choses qu'elle sait parfaitement faire) (rapport EPI 2010 p. 7). Dès qu'elle est angoissée, elle se disperse dans tous les sens et n'arrive pas à se concentrer (rapport EPI 2010 p. 8), que lors de l'emploi comme commise-administrative chez L_____, il a été relevé que L_____ ne proposeraient pas à la recourante un poste à plein temps, car elle ne serait pas forcément en mesure de l'assumer (rapport de la réadaptation professionnelle du 10 décembre 2012). Enfin, le 25 août 2014, le dernier employeur de la recourante a licencié celle-ci au motif qu'il lui était impossible de couvrir le salaire avec le chiffre d'affaires dégagé, ce qui signifie que la productivité de la recourante était clairement insuffisante. Quant au diagnostic d'épisode dépressif léger et de dysthymie, le Dr N_____ a clairement expliqué, dans son complément du 3 mai 2015, qu'il s'était fondé sur les critères DSM-IV pour les poser de façon concomitante et que, par ailleurs, ils ne constituaient par la cause du faible rendement de la recourante. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise du Dr N_____. A cet égard, celui-ci a indiqué que l'activité exercée par la recourante depuis le 1^{er} avril 2009 n'était pas exploitable sur le marché de l'emploi et que ce n'était que depuis avril 2011 que la recourante disposait d'une capacité de travail de 75%, avec une diminution de rendement de 50%, soit un taux de travail de finalement 37,5%. 15. a) En conséquence, il est à constater que la recourante était totalement incapable de travailler jusqu'au 31 mars 2011, de sorte qu'elle a droit à la continuation du versement de sa rente entière d'invalidité jusqu'au 30 juin 2011 (art. 88 RAI), aucun motif de révision ne permettant de le supprimer. Dès le 1^{er} juillet 2011, son degré d'invalidité doit être calculé en fonction d'une capacité de travail de 37,5% dans toute activité, en particulier dans l'ancienne activité. b) Préalablement, il convient de constater que la décision initiale de rente du 8 juin 2001 prenait en compte un statut mixte pour la recourante, soit active à 80% et ménagère à 20%; il était fondé sur le fait que la recourante avait effectivement travaillé à 80% dans son dernier emploi. Ce statut est actuellement contesté par la recourante. Selon la jurisprudence fédérale, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'elle accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si elle aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou si elle aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de la personne assurée, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 p. 338 et les références ; ATF 9C_632/2014 du 20 janvier 2015, consid. 3.1). En l'occurrence, lors de l'audience de comparution personnelle du 20 janvier 2014, la recourante a expliqué qu'elle travaillait à l'époque à 80%, car elle avait des enfants en bas âge et qu'il était évident qu'elle

aurait repris une activité à 100% si elle avait été en bonne santé, dès l'entrée au cycle d'orientation de ses enfants (12 – 13 ans); l'incapacité de travail de la recourante étant survenue dès mars 1998 et la fille cadette de la recourante étant née le 7 février 1986, il apparaît en effet que la recourante n'a pas pu mettre à profit l'exercice à 100% de son activité lucrative, conformément à ses souhaits. Ce fait n'est d'ailleurs pas contesté par l'intimé. Par ailleurs, la recourante a toujours exercé un emploi, sous réserve de la période 1983 – 1988 pendant laquelle elle s'est occupée de ses filles, nées en 1983 et en 1986; elle a en particulier exercé divers emplois à temps complet et a suivi une formation en comptabilité en 1989 et 1990 et en informatique en 1995, démontrant par là qu'elle entendait donner un nouvel élan à son activité professionnelle. Par la suite, les diverses activités exercées depuis 2009 à temps partiel, principalement à 50%, l'ont été pour des motifs médicaux et non pas parce que le taux de travail correspondait au souhait de la recourante, celle-ci n'ayant jamais manifesté qu'elle entendait exercer une activité limitée à un taux de 80%. Au vu de ce qui précède, il convient de prendre en compte, au 1^{er} avril 2011, un statut d'active à 100% de la recourante, un changement de statut depuis la décision initiale de rente étant justifié au vu des précisions apportées par la recourante dans le cadre de la présente procédure et, notamment, son souhait de travailler à 100%, sans atteinte à la santé, lorsque ses enfants seraient plus âgées (cf. ATF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014). c) L'ancienne activité étant considérée comme adaptée, les revenus sans et avec invalidité sont identiques. La jurisprudence a précisé que lorsque les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision (arrêt U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b) -, il était superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF 126 V 75, de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2; ATF 9C_260/2013 du 9 août 2013, consid. 4.2.). En l'occurrence, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail de 62,5%, soit 63%, de sorte que la recourante a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2011. 16. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit, du 1^{er} mai 2008 au 30 juin 2011, à une rente entière d'invalidité et, dès le 1^{er} juillet 2011, à un trois-quarts de rente d'invalidité, étant précisé qu'il incombera à l'intimé de prendre en compte les indemnités journalières versées à la recourante pour la même période. 17. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA), le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Si un intérêt moratoire n'est dû, au sens de l'art. 6, que sur une partie de la prestation, il sera calculé au moment du paiement sur la prestation entière et sera versé en proportion de la part de prestation sur laquelle les intérêts sont dus par rapport à

l'intégralité de la prestation (al. 3). En l'occurrence, le droit à la rente porte intérêt dès le 1^{er} juillet 2013. 18. Etant donné que, depuis le 1^{er} 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 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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