

## **GE\_GERICHTE A/3065/2018 vom 23. Juli 2019**

GE Cour de justice, 2019-07-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3065\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3065_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/3065/2018 du 23 juillet 2019

IT: GE\_GERICHTE A/3065/2018 del 23 luglio 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1960, mariée et mère d'un enfant, a exercé la profession d'infirmière jusqu'à son licenciement en 2012. Elle a ensuite perçu des indemnités du chômage pendant deux ans, avant de bénéficier de l'aide sociale de l'Hospice général. 2. Le 17 janvier 2016, l'assurée a formé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), indiquant qu'elle souffrait de dépression. 3. Dans un rapport médical du 2 mai 2016, le docteur B\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 14 juillet 2015. Il a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). S'agissant des constatations objectives, l'assurée présentait une humeur déprimée, une perte d'intérêt ou de plaisir, une diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, une perte de confiance et d'estime de soi, une altération de la capacité à penser et à se concentrer, un trouble de la mémoire, une perturbation du sommeil, un sentiment de désespoir et une incapacité à faire face aux responsabilités habituelles. Le médecin a retenu que, depuis 2015, sa patiente était totalement incapable de travailler que ce soit dans une activité habituelle ou dans une activité adaptée. 4. Dans un rapport du 25 mai 2016, le médecin du SMR a estimé que la situation de l'assurée n'était pas stabilisée et a demandé à ce que son psychiatre soit réinterrogé. 5. Le 31 octobre 2016, en réponse à l'OAI, le Dr B\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'anamnèse et les symptomatologies objectives et subjectives de la patiente restaient inchangées. Une expertise psychiatrique pouvait éventuellement permettre de détailler ces points. Il a retenu une affection psychiatrique importante avec un épisode dépressif sévère. Sa patiente venait à la consultation une fois par semaine pour une psychothérapie et n'avait, jusqu'à présent, pas montré d'évolution favorable. Elle était contre la prise de psychotropes et ne prenait que l'antidépresseur Cipralex. Le médecin a confirmé que sa patiente était totalement incapable de travailler, ni dans son travail habituel, ni dans un travail adapté. 6. Dans un avis médical du 24 janvier 2017, le médecin du SMR a proposé de soumettre l'assurée à une expertise, voire un examen psychiatrique. 7. Un rapport d'expertise a été établi le 23 août 2017 par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, après avoir vu l'assurée en entretien à deux reprises et pris contact avec son époux et son médecin traitant. L'expert a retenu, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent depuis 2009, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00). Il a également retenu des traits de personnalité immature (Z73.1) dès le début de l'âge adulte, sans répercussion sur la capacité de travail. Sous le titre « interaction

des diagnostics », l'expert a relevé que la réaction dépressive chronique était à comprendre comme une expression du désarroi ressenti face à la confrontation avec des aléas existentiels que le Moi immature de l'expertisée n'arrivait pas à gérer. Le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré pratiqué était conforme aux guidelines en vigueur pour le traitement d'un trouble dépressif récurrent. L'expertisée était décrite comme partiellement collaborante dans son suivi par le Dr B\_\_\_\_\_. Compte tenu de la lenteur de l'amélioration de l'état clinique, et surtout du repli social très important de l'expertisée, elle pouvait bénéficier du suivi en hôpital de jour psychiatrique, de nature semi-intensive, en mettant l'accent sur un travail de socialisation. En effet, le travail individuel risquait d'être infructueux étant donné les limitations inhérentes à ses traits de personnalité. Seule l'aide d'un groupe soutenant pouvait permettre à l'expertisée de sortir de son marasme actuel. Les stages de réinsertion avaient été soldés par un échec à ce jour, l'expertisée disant ne pas réussir à se concentrer et à investir les nouveaux emplois proposés. L'expertisée avait manqué de motivation et de capacités de réajustement psychosocial en lien avec son état dépressif. La thymie dépressive entraînait une apathie, une perte d'élan, un apragmatisme et surtout un repli social important. A l'heure actuelle, l'impact de l'état dépressif sur la réinsertion professionnelle persistait. Une intensification du suivi psychiatrique était nécessaire afin de permettre à l'expertisée de combattre son isolement social, de regagner confiance en elle et de pouvoir adhérer rapidement à un projet de réadaptation. S'agissant de la cohérence, l'expert a relevé que la recourante se sentait de plus en plus abattue par les événements de vie et développait un épisode dépressif réactionnel. Elle réagissait par un important repli social, se coupant de son époux actuel et de ses amis. En perdant son emploi, elle avait simultanément perdu son réseau social et ses loisirs. Le manque d'autres ressources et loisirs hors travail, son insatisfaction conjugale, et ses soucis pour son fils contribuaient à un important vécu de solitude et de perte d'espoir, et constituaient une situation peu favorable pour la résorption de son épisode dépressif chez une personnalité à traits immatures avec de faibles capacités d'introspection. Son incapacité de travail actuelle n'était pas le fruit d'une invalidité persistante, mais le fruit d'une résorption trop lente de son épisode dépressif, qui impactait de manière excessive sur sa vie quotidienne. Pour réussir sa reprise professionnelle, elle pouvait bénéficier d'une mesure de réadaptation dans le domaine des soins, mettant à profit sa longue expérience comme infirmière et ses capacités relationnelles, en lui permettant de reprendre confiance en elle et de renforcer son estime de soi. Sa capacité de travail était nulle dans son emploi d'infirmière dans une permanence médicale. Dès ce jour, et sous réserve d'une prise en charge à temps partiel dans un hôpital de jour, une reprise à 50% est exigible dans une activité adaptée dans le domaine des soins infirmiers, qui tient compte de son âge, offre un encadrement hiérarchique proche et une guidance structurante, et qui met davantage l'accent sur les relations sociales de la thérapeutique que sur les actes techniques. Le taux pourrait être progressivement augmenté à 100% dans les douze mois suivant la reprise à 50%. 8. Par avis médical du 2 octobre 2017, le médecin du SMR a indiqué qu'il ne pouvait pas suivre les conclusions de l'expert. Dans un courrier du même jour adressé au Dr C\_\_\_\_\_, il a requis des précisions sur les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00) et traits de la personnalité immature (Z73.1) retenus par l'expert, précisant que ceux-ci n'étaient pas incapacitants selon l'assurance-invalidité. 9. Le 18 octobre 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu qu'il était exact que l'ampleur du trouble dépressif chez l'expertisée n'était pas en soi source d'invalidité. Était en revanche plus inquiétant l'apparition rapide de symptômes dépressifs lorsque l'intéressée était confrontée dans des

situations non gérables par rapport à sa personnalité aux traits immatures. Ce qui frappait chez l'expertisée était la tendance à attribuer à autrui les décisions majeures de son existence et l'utilisation défensive de l'agressivité passive lorsqu'elle se sentait remise en question ou en échec. Bien que l'on ne pouvait pas retenir un trouble de la personnalité (absence de souffrance subjective et de dysfonctionnement social préexistant), les traits immatures donnaient lieu à des attitudes de réaction obtuse face à l'autorité qui était rapidement perçue comme non soutenante, voire menaçante. Le médecin a précisé que l'expertisée vivait mal sa situation d'assistée et aspirait à une réadaptation professionnelle. Afin d'arriver à une reprise d'activité en milieu adapté, l'expertisée devait rompre son isolement actuel à travers une intégration dans un hôpital de jour (ce qui contribuerait à la régression des affects dépressifs), puis débiter à temps partiel dans le champ des soins infirmiers. Une reprise à 100% actuellement et sans une période préparatoire se solderait rapidement par une recrudescence des plaines somatiques et une accentuation du repli. Elle était de ce fait contre-indiquée. En revanche, il n'y avait aucun argument solide pour soutenir une invalidité au long cours chez l'expertisée. La période intermédiaire devait être vue comme une transition nécessaire vers le plein emploi. 10. Dans un rapport du 15 mai 2018, le médecin du SMR a retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Sa capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. Au plan médico-asséculo-logique, il ne retenait pas d'incapacité de travail durable. Cependant, afin d'optimiser une reprise professionnelle harmonieuse, il recommandait un accompagnement de l'assurée. 11. Dans un projet de décision du 29 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Selon l'avis du SMR, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. En l'absence d'incapacité de travail et de gain, les conditions du droit à des mesures professionnelles et à une rente n'étaient pas remplies. 12. Le 26 juin 2018, l'assurée s'est opposée au projet de décision. 13. Par décision du 10 juillet 2018, l'OAI a maintenu sa position et rejeté la demande de prestations de l'assurée. 14. Le 10 septembre 2018, l'assurée a formé recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité entière ou partielle, en fonction de sa capacité de gain effective avec effet dès le 22 janvier 2016. À titre préalable, elle a sollicité l'audition des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. 15. Par réponse du 3 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. 16. Par réplique et duplique des 14 et 30 novembre 2018, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives. 17. Dans ses observations du 10 janvier 2019, la recourante a réitéré sa demande d'audition du Dr C\_\_\_\_\_, afin de clarifier la question de « l'interaction des diagnostics » décrite dans son expertise. 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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la

suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement sur la question de savoir si ses troubles psychiques sont invalidants. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 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, mentale ou psychique 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). 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 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). b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 6. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress

post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
- B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
- C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) -
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est

accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronique et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. c. 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 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. Étant 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). e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). f. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3). 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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 8. 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). 9. En l'espèce, faisant suite à l'avis du SMR du 24 janvier 2017, l'intimé a mis en oeuvre une expertise psychiatrique auprès du Prof. C\_\_\_\_\_, dont il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante. En l'occurrence, l'expertise repose sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques ainsi qu'une discussion détaillée, dont on précisera qu'elle suit à juste titre la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6-7 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3-4.4). En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante. Dans cette expertise, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00) présent depuis 2009. Il également retenu, sans incidence sur la capacité de travail, des traits de personnalité immature (Z73.1), présents depuis le début de l'âge adulte. Il a motivé les diagnostics posés en fonction des éléments cliniques mis en évidence, à savoir une thymie triste, une perte d'intérêt et d'élan vital, une irritabilité de fond, un sentiment de vide avec perte d'énergie, des pensées d'auto-dévalorisation, un apitoiement, une perte d'estime de soi, une absence de sentiment de culpabilité ou d'indignité, un repli social important et un Moi immature avec des fixations infantiles. Il a relevé une interaction entre les deux diagnostics posés, indiquant que la réaction dépressive chronique était à comprendre comme une expression du désarroi ressenti face à la confrontation avec des aléas existentiels que le Moi immature de l'expertisée n'arrivait pas à gérer. S'agissant du succès du traitement, l'expert a admis que le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré pratiqué était conforme aux guidelines en vigueur pour le traitement d'un trouble dépressif récurrent. L'expertisée était décrite comme partiellement collaborante. L'expert a toutefois précisé que le travail individuel risquait d'être infructueux étant donné les limitations inhérentes à ses traits de personnalité et que les stages de réinsertion avaient été soldés par un échec. Ainsi, compte tenu de la lenteur de l'amélioration de l'état clinique, il préconisait un suivi en hôpital de jour psychiatrique, de nature semi-intensive, en mettant l'accent sur un travail de socialisation. S'agissant ensuite de la cohérence, la recourante avait réagi à son licenciement par un important repli social, se coupant de son époux et de ses

amis. En perdant son emploi, elle avait simultanément perdu son réseau social et ses loisirs. Le manque d'autres ressources et loisirs hors travail, son insatisfaction conjugale et ses soucis pour son fils contribuaient à un important vécu de solitude et de perte d'espoir et constituaient une situation peu favorable pour la résorption de son épisode dépressif chez une personnalité à traits immatures avec de faibles capacités d'introspection. Le médecin a ajouté que l'incapacité de travail de la recourante n'était pas le fruit d'une invalidité persistante, mais le fruit d'une résorption trop lente de son épisode dépressif, qui impactait de manière excessive sur sa vie quotidienne. Compte tenu de ces différents éléments, le rapport d'expertise permet d'admettre, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence des diagnostics posés, ainsi que leur caractère invalidant. L'intimé ne remet pas en cause les diagnostics posés par l'expert, mais conteste ses conclusions s'agissant de la capacité de travail de l'intéressée. Pour seule argumentation, il soutient que les diagnostics retenus par l'expert ne sont pas invalidants au sens de l'assurance-invalidité. Or, comme l'a relevé le Dr C \_\_\_\_\_ dans son expertise, c'est bien l'interaction entre la dépression chronique et le Moi immature qui entraîne une diminution de la capacité de travail de l'intéressée. Dans son complément à l'expertise du 18 octobre 2017, le médecin a confirmé ce point, précisant que les symptômes dépressifs apparaissaient rapidement lorsque la recourante était confrontée dans des situations non gérables par rapport à sa personnalité aux traits immatures. En cela, son appréciation est convaincante, correspond à la jurisprudence du Tribunal fédéral sur la prise en compte des effets réciproques des différentes atteintes et rejoint les conclusions du médecin traitant de la recourante. Dans ces conditions, l'intimé ne peut s'en écarter sans motif valable. Il perd en effet de vue que l'expertise, qu'il a lui-même mise en oeuvre, est le seul document médical au dossier qui se prononce sur l'état de santé de la recourante et les répercussions de celui-ci sur sa capacité de travail. Dans ces conditions, il n'est pas admissible que l'administration substitue sa propre appréciation de la capacité de travail de l'intéressée à celle de l'expert spécialisé en la matière. La prise de position de l'expert n'étant contredite par aucun autre avis médical spécialisé, on ne voit pas de motif valable de s'éloigner des conclusions de l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_. L'appréciation du SMR, en tant qu'elle se limite à prendre position sur la capacité de travail de l'intéressée, sans examen médical préalable, n'est pas susceptible de faire douter de la valeur probante du rapport d'expertise. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise, probante, doivent être suivies. Il convient donc de retenir que la recourante a présenté depuis 2009 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique ainsi que des traits de personnalité immature. Ces diagnostics entraînent une incapacité de travail entière dans son emploi d'infirmière dans une permanence médicale et de 50% dès la date de l'expertise dans une activité adaptée dans le domaine des soins infirmiers, qui tient compte de son âge, offre un encadrement hiérarchique proche et une guidance structurante, et qui met davantage l'accent sur les relations sociales de la thérapeutique que sur les actes techniques. Le taux pourra être progressivement augmenté à 100% dans les douze mois qui suivront la reprise à 50%. 10. Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante. a. 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; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera en particulier le cas lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références). Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 et les références). Selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016), TA1, le salaire d'une femme dans le secteur de la santé humaine (ligne 86-88) est de CHF 5'156.- s'agissant du niveau de compétence 2 (tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement des données et les tâches administratives/l'utilisation de machine et d'appareils électroniques) et de CHF 6'504.- s'agissant du niveau de compétences 3 (tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé). c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7

(secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Dans un arrêt 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail. Dans un arrêt 8C\_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. d. 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG. e. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPG, 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 LPG (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88 a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). Le sens et le but de l'art. 88 a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne

le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_78/2018 du 26 juin 2018 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88 a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_134/2015 consid. 4.1 et les références). En revanche, l'art. 88 bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2). 11. En l'espèce, l'incapacité totale de travail de la recourante est médicalement attestée depuis 2015 (cf. rapport de son médecin traitant du 2 mai 2016), étant précisé que, d'après son médecin traitant, son trouble dépressif récurrent existe depuis 2014 alors que selon l'expert, il existe depuis 2009. Comme elle a requis les prestations de l'assurance-invalidité le 17 janvier 2016, son droit au versement de la rente est né six mois plus tard, soit le 1<sup>er</sup> juillet 2016 (cf. art. 29 al. 3 LAI). Dans la mesure où l'incapacité de travail est de 100% dans toute activité jusqu'au jour de l'expertise, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité médico-théorique, de sorte qu'il est de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Dès le 23 août 2017, sa capacité de travail a été évaluée à 50% dans une activité adaptée dans le domaine des soins infirmiers, qui tient compte de son âge, offre un encadrement hiérarchique proche et une guidance structurante, et qui met davantage l'accent sur les relations sociales de la thérapeutique que sur les actes techniques. Il convient donc de procéder à la comparaison des revenus avant et après la survenance de la capacité de travail à 50% en 2017. En l'occurrence, la recourante n'exerce plus l'activité d'infirmière depuis 2012. Dans la mesure où, d'après le dossier, l'intéressée a été licenciée à la suite d'un conflit hiérarchique, il y a lieu de retenir que la résiliation du contrat de travail est imputable à des facteurs étrangers à l'invalidité. A la fin de ses rapports de travail avec son ancien employeur, la recourante a bénéficié du chômage durant deux ans, avant d'émigrer à l'aide sociale. Dans ces circonstances, il se justifie, pour déterminer le revenu sans invalidité, de se référer aux données statistiques. Il résulte du tableau TA1 (ESS 2016) que le salaire d'une femme dans le secteur de la santé humaine (ligne 86-88) est de CHF 6'504.-, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise, s'agissant du niveau de compétences 3 (tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé), étant précisé que la recourante a exercé l'activité d'infirmière pendant 22 ans avant son licenciement en 2012. Adapté selon le tableau T39 à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2017 de 0,4%, le revenu annuel brut est porté à CHF 78'360.- ((CHF 6'504.- x 12) + 0,4%). Quant au revenu d'invalidité, il y a lieu de se référer au salaire d'une femme dans le secteur de la santé humaine (ligne 86-88) s'agissant du niveau de compétence 2 (tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement des données et les tâches administratives/l'utilisation de machine et d'appareils électroniques), soit CHF 5'156.-, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Il ressort en effet de l'expertise que l'activité adaptée que la recourante peut exercer à 50% doit mettre davantage l'accent sur les relations sociales de la thérapeutique que sur les actes

techniques, ce qui justifie de tenir compte d'un niveau de compétence différent de celui retenu pour le revenu sans invalidité. Le revenu annuel brut avec invalidité s'élève ainsi à CHF 31'060.- (CHF 2'578.- [taux d'activité exigible de 50 %] x 12 + 0,4%). On peut encore se demander s'il convient d'appliquer un abattement de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles restreignant le choix des activités (encadrement hiérarchique proche et guidance structurante) et de l'âge de la recourante (58 ans au moment de la décision entreprise). Ce point peut toutefois demeurer indécis dans la mesure où il n'a pas d'incidence sur l'issue du litige. Enfin, 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 (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). En conséquence, il est inutile d'adapter ces chiffres à l'horaire hebdomadaire de travail en 2017. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élève à 60.4% ([CHF 78'360.- - CHF 31'060.-] : CHF 78'360.- x 100), ce qui donne droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. En vertu de l'art. 88 a al. 1 RAI, ce changement n'est à prendre en considération qu'après une durée de trois mois, de sorte que la recourante a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 23 novembre 2017. Aucun élément du dossier ne permet en effet de retenir que la capacité de travail de la recourante à 50% peut être considérée comme stable et durable. Il ressort au contraire de l'expertise que l'atteinte à la santé de l'intéressée est évolutive, de sorte que la modification de sa capacité de gain n'est pas susceptible d'entraîner des effets immédiats. C'est donc au plus tôt au 23 novembre 2017 que la rente peut être réduite. Toutefois, conformément à la jurisprudence en la matière, la réduction de rente ne peut prendre effet qu'à la fin du mois, soit en l'espèce, le 30 novembre 2017 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5). Il y a dès lors lieu de reconnaître à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 30 novembre 2017, puis à un trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 28 février 2019. L'expertise retient enfin que le taux pourrait être progressivement augmenté à 100% dans les douze mois qui suivront la reprise à 50%. La capacité de travail entière retenue par le Prof. C\_\_\_\_\_ suppose ainsi que la recourante parvienne à rompre son isolement actuel, soit une situation évolutive qui n'est pas susceptible d'entraîner des effets immédiats après douze mois. Par conséquent, il convient là aussi d'appliquer le délai de trois mois de l'art. 88 a al. 1 RAI, de sorte que la rente est supprimée dès le 1<sup>er</sup> mars 2019. En effet, en exerçant une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 100%, le degré d'invalidité de la recourante est de 21% ([CHF 78'360.- - CHF 62'119.50] : CHF 78'360.- x 100), soit un taux qui ne donne plus droit à une rente d'invalidité. Il sied pour le surplus de préciser que la décision entreprise ne porte pas sur l'octroi de mesures de réadaptation et l'intéressée n'en sollicite pas. En revanche, il lui est loisible de s'adresser à l'intimé pour lui demander une aide au placement pour l'accompagner dans ses démarches. Enfin, la chambre de céans étant en mesure de se prononcer définitivement sur le degré d'invalidité de la recourante, il n'apparaît pas nécessaire de procéder à d'autres mesures d'instruction, de sorte qu'il est renoncé aux auditions sollicitées par l'intéressée. 12. Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. La recourante sera mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 30 novembre 2017 et d'un trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2017 au 28 février

2019. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). 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.