

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2270/2013

ATAS/663/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 septembre 2015

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au LIGNON

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1956, de nationalité espagnole, mariée, mère de deux enfants nés en 1983 et 1986, est arrivée en Suisse en 1964.

Au bénéfice d'un CFC de comptable, elle a travaillé en dernier lieu à 80% comme comptable du 1^{er} mars 1996 au 25 avril 1999 auprès de la Fiduciaire B_____ SA. Le contrat a été résilié pour le 31 octobre 1999 en raison de problèmes relationnels avec le personnel, manque de mémoire et travail trop lent (questionnaire pour l'employeur du 28 août 2000).
2. Le 9 août 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
3. Le 1^{er} septembre 2000, le docteur C_____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué un état dépressif important, des douleurs des deux épaules sur périarthrites scapulo-humérales, éventuellement une fibromyalgie et des états fébriles d'origine indéterminée. Un traitement d'antidépresseur n'avait amené qu'une amélioration partielle. L'incapacité de travail était de 50% du 27 avril au 5 juillet 1998, de 100% du 6 au 12 juillet 1998, de 50% du 13 juillet au 15 novembre 1998, de 100% du 26 avril 1999 au 2 juillet 2000, de 75% du 3 au 30 juillet 2000 (correspondant à un essai de reprise à 25%) et de 100% depuis le 31 juillet 2000.
4. Le 21 janvier 2001, le docteur D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport médical AI indiquant que sur le plan psychiatrique, il diagnostiquait une dysthymie (F34.1) évoluant depuis début 1999, actuellement en cours d'amélioration avec une hyperémotivité, diminution de l'estime de soi, de la confiance en soi, perturbation importante et persistante du rythme nyctéméral, un retrait social, un désinvestissement des tâches ménagères et éducatives et des difficultés dans la gestion du temps. La poursuite du traitement pouvait améliorer la capacité de travail. Il avait l'impression que la dysthymie avait été favorisée, voire déclenchée par une atmosphère défavorable (type mobbing). Elle était en incapacité de travail totale depuis fin avril 1999.
5. Le 27 avril 2001, le docteur E_____, médecin-conseil de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), a estimé qu'il fallait, pour l'instant, admettre une incapacité de travail totale, à revoir dans un an.
6. Par décision du 8 juin 2001, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2000, fondée sur un degré d'invalidité de 80%.
7. En 2004, l'OAI a ouvert une procédure de révision et l'assurée a rempli le 12 août 2004 le questionnaire pour la révision de la rente en indiquant que son état de santé était toujours le même et qu'elle était suivie par le Dr D_____ à raison d'une fois par semaine.
8. Celui-ci a rempli le 29 août 2004 un rapport médical intermédiaire en indiquant que l'état de santé sur le plan psychiatrique s'était légèrement amélioré depuis 2003, ce qui se traduisait par un certain regain de participation à la vie familiale, un certain

réinvestissement des tâches ménagères et éducatives, un engagement plus motivé de la patiente dans la psychothérapie et une meilleure compliance de sa part. Il posait le diagnostic de dysthymie entraînant une incapacité totale de travail depuis fin 1999. Elle suivait une psychothérapie de soutien associée à une médication thymoleptique et inductrice au sommeil, avec bonne compliance. Il relève que le pronostic de la dysthymie, avec pour buts du traitement la stabilisation thymique, le retour à un rythme nycthémeral plus proche de la "normale", une participation accrue à la vie familiale, lui semblait pouvoir être envisagé avec un optimisme raisonnable. Par contre l'espoir d'obtenir une évolution suffisamment favorable pour permettre une réinsertion professionnelle de cette patiente, est à considérer avec plus de réserve. Une reprise de travail - à priori à temps partiel au début - dans le même métier (formation de comptable) ou dans une autre activité de bureau, ne lui paraissait envisageable qu'à la suite d'un programme de réentraînement au travail, sous l'égide de l'assurance-invalidité, et cela à la condition que cette patiente se sente psychologiquement apte et motivée pour entreprendre un tel programme, ce qui ne paraissait pas le cas actuellement.

9. Le 15 août 2005, les docteurs F_____ et G_____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR) ont relevé que la lecture des pièces médicales avant la décision de l'OAI de 2001 n'entraînait pas la conclusion d'une maladie psychique durable et invalidante et estimé qu'il convenait d'interroger le Dr C_____.
10. Le 25 octobre 2005, le Dr C_____ a écrit à l'OAI qu'il n'avait pas revu la patiente, bien qu'il l'ait avertie de la nécessité d'un examen clinique.
11. Le 18 novembre 2005, le Dr C_____ a rempli un rapport médical intermédiaire à la suite de l'examen de l'assurée du 14 novembre 2005. L'état de santé était stationnaire, elle souffrait toujours des deux épaules et de dyspnées d'effort, ainsi qu'une arthrose de la cheville droite due à une tuberculose de l'articulation, passablement handicapante. Il a relevé que la mise à l'assurance-invalidité dépendait essentiellement de problèmes psychologiques.
12. Le 15 décembre 2005, le Dr F_____ a proposé un examen psychiatrique au SMR.
13. Le 19 juin 2007, le docteur H_____, psychiatre FMH au SMR, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assurée du 10 mai 2007. Il relève que l'assurée décrit une aggravation de son état psychique depuis trois ans et des douleurs musculo-squelettiques et pose le diagnostic de dysthymie F34.1, sans limitation invalidante et donc sans répercussion sur la capacité de travail.
14. Le 20 juillet 2007, le Dr F_____ a confirmé une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, depuis toujours.
15. Par projet de décision du 4 septembre 2007, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante en se fondant sur le rapport médical du SMR du 19 juin 2007.

16. Le 3 octobre 2007, l'assurée a été entendue à l'OAI et il a été convenu de soumettre le rapport du SMR au Dr D_____ et d'examiner ensuite le type de mesure envisageable en vue d'une réinsertion professionnelle.
17. Un mandat de placement a été ordonné et le service de placement de l'OAI a convoqué l'assurée le 23 janvier 2008 et relevé qu'au cours de l'entretien (environ 80 minutes) l'assurée était plusieurs fois au bord des larmes. Elle évoquait fréquemment les difficultés rencontrées dans son dernier emploi. Elle passait ses journées à la maison, ne sortant que pour ses rendez-vous médicaux. Elle avait des doutes quant à sa capacité à retrouver un emploi et à assumer toutes les contraintes. En conséquence, l'assurée n'était manifestement pas apte à une démarche de placement. Il lui était donc proposé une étape de transition et de suivre un DOP. L'assurée était effrayée par la perspective de devoir suivre un cours durant cinq semaines tous les jours. Il lui était donc proposé de réfléchir sereinement à cette perspective et de la recontacter à mi-mars pour voir l'évolution de cette proposition.
18. Le 16 décembre 2007, le Dr D_____ a écrit à l'OAI qu'il s'étonnait que le Dr H_____ puisse estimer rétrospectivement que la capacité de travail de la patiente avait toujours été de 100% depuis 1999, alors que ce médecin la décrivait comme ne faisant rien de ses journées, ni même les tâches ménagères. Il n'avait souligné qu'une légère amélioration de l'état de santé et relevait qu'aucun réentraînement au travail n'avait été proposé à l'assurée.
19. Par décision du 4 mars 2008, déclarée exécutoire nonobstant recours, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante. Il a relevé que l'assurée n'avait pas donné suite à une mesure de cinq semaines visant à se familiariser avec le milieu professionnel, de sorte que son aptitude subjective à la réadaptation faisait défaut. Elle pouvait recontacter l'OAI pour mettre en œuvre cette mesure.
20. Le 17 avril 2008, l'assurée a recouru (cause A/1326/2008) à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS - actuellement Chambre des assurances sociales de la Cour de justice).

Elle avait souffert d'importants problèmes de santé accompagnés d'un état fébrile avec épuisement depuis mars 1998, puis d'un état dépressif important. Elle n'avait pas refusé le 23 janvier 2008 le stage de cinq semaines proposé mais, sur le moment, il lui avait paru difficile. Le collaborateur du service de placement lui avait dit qu'il la recontacterait mi-mars 2008, ce qu'il n'avait pas fait. Elle l'avait elle-même recontacté après Pâques et ce dernier avait indiqué que son rapport précisait que des mesures lui seraient proposées à nouveau à la mi-mars 2008. En réalité, le service de placement n'acceptait pas sa demande réitérée de mesures d'accompagnement. Le service de placement lui avait bien expliqué qu'il fallait suivre le programme lorsqu'on était sûr de soi. Or, elle ne se sentait pas assez forte à ce moment-là pour affronter cela, tout en mentionnant qu'elle travaillait avec son médecin à une réintégration. Il était injuste de lui refuser des mesures d'accompagnement. Elle contestait les conclusions du rapport du SMR. Elle ne se

sentait pas guérie, toujours fragile et en grande difficulté face aux pressions extérieures. Elle angoissait et doutait de pouvoir assurer un poste de travail. Elle concluait à l'annulation de la décision et au prononcé de mesures d'accompagnement.

21. Le 18 juin 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant qu'il ressortait de la décision du 4 mars 2008 qu'à l'époque, l'assurée n'était pas dans un processus de réinsertion professionnelle et qu'une aide au placement ne pouvait être accordée tant que la capacité de travail était contestée.
22. Le 30 juin 2008, le TCAS a tenu une audience de comparution personnelle des parties et d'enquête au cours de laquelle il a entendu le Dr D_____. Celui-ci a déclaré :

"Je suis Mme A_____ depuis novembre 1999 avec régularité. Depuis 2003 je la vois à raison d'une fois tous les quinze jours. J'ai posé un diagnostic de dysthymie F34.1 depuis 1999. Depuis 1999 à 2003 il n'y a pas eu de réelle amélioration, en revanche depuis 2003 la patiente s'est investie de façon plus intense dans le travail thérapeutique, ce qui s'est notamment traduit par une prise plus régulière des médicaments, soit de l'Efexor, que je prescris depuis 1999. Cette affection comprend des intervalles libres où la patiente se sent mieux. Elle est caractérisée par une perte de l'estime de soi, de confiance en soi. Dans la cas de Mme A_____ la dysthymie a été déclenchée par un stress professionnel qui a lui-même fait plonger le niveau de l'estime. C'est en raison de cette mauvaise estime d'elle-même que la patiente ne se sent pas apte à travailler. Entre 2002 et maintenant il y a cependant eu des progrès. Dès 1999 la patiente présentait un retrait de la vie sociale, un désinvestissement de la famille en particulier dans l'éducation de ses filles. Ces aspects se sont améliorés dès 2003, la patiente étant plus impliquée dans sa vie à la maison et également dans ses tâches ménagères qu'elle arrive mieux à assumer. J'estime que dès 1999 Mme A_____ méritait une rente d'invalidité car elle présentait une énorme angoisse d'affronter le monde du travail ainsi qu'une peur d'être rejetée de sorte qu'elle était incapable de travailler. J'ai toujours pensé qu'elle pourrait sortir de cette dysthymie pour retrouver une capacité de travail. Actuellement une telle capacité de travail existe mais à certaines conditions, soit de manière progressive et soutenue. Il ne me paraît pas possible d'exiger d'elle une réintégration dans le monde du travail immédiate. J'avais demandé par trois fois à l'assurance-invalidité d'accorder à ma patiente des mesures professionnelles, soit en 2001, en 2004 moment où ma demande a été très clairement formulée ainsi qu'en 2007. Je n'ai pas eu de réponse de l'assurance-invalidité. Vous me demandez si ma patiente est motivée d'entreprendre de telles mesures, je ne peux actuellement pas vous répondre car je n'en ai pas discuté avec elle. Je confirme que ma patiente a bien été suivie au CTB à raison de trois fois par semaine du 7 février au 11 avril 2001 à ma demande. Je précise que à l'époque on pouvait confier un patient au CTB pour un séjour hospitalier de deux jours suivi d'un programme à la carte. Mme A_____ n'a pas été hospitalisée deux jours mais a effectué le suivi, lequel s'est

révélé bénéfique. Le SMR pose le même diagnostic que moi-même dans son rapport du 10 mai 2007, en revanche j'ai été très surpris qu'il estime que Mme A_____ avait toujours été capable de travailler depuis 1999 et à 100% dès lors qu'en particulier la description qu'il fait de la vie quotidienne de la patiente ne correspond pas à une personne en état de travailler. Je ne suis donc pas d'accord avec les conclusions auxquelles le rapport aboutit quant à la capacité de travail de la patiente. A cet égard, je n'ai pas de pronostic sur cette capacité de travail à terme. Il faut tout d'abord mettre en place un réentraînement au travail qui soit, comme je l'ai déjà dit, patient et progressif. J'estime que Mme A_____ a des capacités professionnelles. Elle a d'ailleurs rédigé elle-même son recours que je trouve particulièrement bien fait. J'ai su que Mme A_____ avait vu un certain M. I_____ qui lui avait parlé d'un stage à suivre, lequel devait lui être proposé concrètement en mars. Toutefois cela n'a pas été fait et Mme A_____ a reçu à la place une décision de suppression de sa rente. Dans les mauvais moments Mme A_____ s'isolait dans une chambre, elle se retirait de la vie en général ainsi que de la vie de famille, se négligeait, et paraissait ne plus avoir d'intérêt pour le monde. Elle venait néanmoins à nos rendez-vous mais était souvent imprécise, ce qui n'est plus le cas actuellement. Je souligne que dans le procès-verbal d'audition du 3 octobre 2007 il était clairement noté que je devais être consulté et qu'une reprise de travail devait être envisagée avec précaution, ce qui n'a malheureusement pas été fait à ce jour".

La recourante a déclaré :

"Je précise que j'ai vu le Dr D_____ a raison d'un fois par semaine depuis 1999 jusqu'en 2006, puis en raison d'une restriction de l'assurance-maladie plus que deux fois par mois. Quand j'ai vu le rapport du SMR, soit en décembre 2007 j'ai été très affectée de constater qu'il ne tenait pas compte de l'état réel dans lequel j'étais au début de ma maladie, en particulier je ne me lavais pas et je ne sortais pas. Je considère avoir tout fait pour m'en sortir notamment avec un suivi régulier avec les Dr C_____ et D_____. J'ai l'espoir de pouvoir recommencer à travailler un jour. Je suis tout à fait prête à me soumettre à une mesure professionnelle. C'est d'ailleurs le but de mon recours. On m'a proposé un stage dont le but m'a été expliqué. Le jour de l'entretien j'ai uniquement exprimé mes peurs et mes doutes par rapport à mes capacités de suivre un tel stage mais je n'ai pas du tout refusé celui-ci. On m'a dit qu'il fallait un investissement important durant le stage pour permettre la réussite de ce dernier et donc une réinsertion professionnelle également réussie. En raison de mes peurs et du fait que le début du stage me paraissait très rapide, M. I_____ m'a proposé de me reparler de ce stage en mars de telle sorte que je pouvais également m'entretenir avec mon médecin afin de préparer l'exécution du stage".

Son époux a précisé que :

"Nous contestons la valeur probante du (rapport du) SMR établi rapidement soit après une heure d'entretien ainsi que le fait que l'OAI n'a pas tenu compte des

rapports du Dr D_____ en particulier lorsque celui-ci préconise une réinsertion professionnelle".

La représentante de l'OAI a déclaré :

"Le stage qui a été proposé est une détermination d'un objectif professionnel (DOP) organisé par le service de placement en interne de l'office durant cinq semaines avec un professeur et plusieurs assurés en vue de trouver une activité adaptée à chacun. Même si Mme A_____ avait accepté immédiatement le stage, la suppression de la rente aurait été ordonnée au même moment. Je relève que si Mme A_____ ne conteste plus sa capacité de travail à 100% une aide au placement peut toujours lui être allouée. En revanche une mesure d'ordre professionnel n'est pas possible dès lors que le taux d'invalidité est nul et que celle-ci nécessite un taux de 20%".

23. Par arrêt du 8 septembre 2008 (ATAS/986/2008), le TCAS a admis le recours de l'assurée, annulé la décision de l'OAI du 4 mars 2008 et renvoyé la cause à celui-ci pour qu'il ordonne une mesure de réentraînement au travail et qu'il détermine la capacité de travail de la recourante. Préalablement, il a considéré que l'avis du Dr H_____ du 19 juin 2007 n'était pas probant. Cet arrêt relève ce qui suit :

a) En l'espèce, le rapport d'examen psychiatrique du Dr H_____ du SMR du 19 juin 2007, sur lequel s'est fondé l'OCAI pour supprimer la rente d'invalidité de la recourante, n'emporte pas entièrement la conviction, en particulier au regard du témoignage du Dr D_____, et de l'avis du Dr C_____ du 1^{er} septembre 2000.

Tout d'abord, comme l'a relevé le Dr D_____, il existe dans le rapport du SMR une contradiction, d'une part, entre la négation de tout diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, soit la constatation qu'il n'existe aucune limitation invalidante sur le plan psychiatrique, ainsi que l'admission d'une capacité de travail entière de façon immédiate et, d'autre part, la description de la vie quotidienne de l'assurée - laquelle se réveille à 13h00, allume la télévision, reste au lit, lit des journaux, ne se lave pas et ne s'habille pas durant toute la journée et quitte uniquement parfois la maison pour aller chez le médecin et voir une cousine et une amie -, ainsi que le status psychiatrique qui relève que la thymie est labile, interrompue par des pleurs soudains à l'évocation de certains événements et l'appréciation du cas selon laquelle l'assurée montre une attitude parfois morose et une passivité dominante à l'égard de sa situation professionnelle, tout en disant que tout lui coûte, rien ne lui est agréable, et en décrivant une insomnie et une perte de confiance en elle-même.

Au demeurant, la conclusion de ce rapport n'est particulièrement pas convaincante lorsque le Dr H_____ affirme, après avoir vu l'assurée à une reprise en mai 2007, que la capacité de travail de celle-ci a toujours été pleine et entière, soit également depuis 1999. A cet égard, l'audition de la recourante en audience le 30 juin 2008, ainsi que le témoignage de son psychiatre-traitant ont permis de confirmer, contrairement à l'avis du Dr H_____, l'existence d'une incapacité de travail totale

de la recourante depuis avril 1999, en tous les cas jusqu'en 2003, et donc le bien-fondé de la décision de rente du 8 juin 2001, d'ailleurs non remise en cause par l'intimé. En effet, il ressort du témoignage du Dr D_____ qu'il y a eu des progrès perceptibles uniquement à partir de l'année 2003 et qu'auparavant, la patiente présentait un retrait de la vie sociale et familiale, une énorme angoisse à affronter le monde du travail et une peur du rejet. Elle s'isolait dans une chambre, se négligeait et ne paraissait plus avoir d'intérêt pour le monde.

Par ailleurs, le Dr C_____ a attesté le 1^{er} septembre 2000 un état dépressif important entraînant une incapacité de travail totale depuis le 26 avril 1999.

En outre, le Dr D_____ a indiqué que l'affection de la recourante était caractérisée par une perte de l'estime de soi et de la confiance en soi, cause de l'incapacité de travail. Lors de l'examen au SMR, il est mentionné que la recourante décrit une perte de confiance en elle-même. Or, le Dr H_____ indique, dans la description de la situation de la recourante, qu'il n'a pas objectivé de diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi alors même que ces symptômes sont toujours présents actuellement selon le Dr D_____, et cela nonobstant le fait que la situation s'est améliorée depuis 2003. De surcroît, ces symptômes font surtout partie de la définition de la dysthymie (F34.1), diagnostic posé par le Dr H_____ lui-même.

Enfin, actuellement, le psychiatre-traitant admet qu'il existe une capacité de travail, mais uniquement à certaines conditions, soit moyennant un soutien de l'assurance-invalidité et une progression du taux de capacité. Le témoin a insisté sur le fait qu'un réentraînement au travail était nécessaire dans le cas de la recourante.

b) Au vu de ce qui précède, il est à constater que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis 2003, conformément à l'avis du psychiatre-traitant, de sorte qu'en mai 2007, date de l'examen au SMR, le Dr H_____ a pu constater une capacité de travail. Cependant, au vu du témoignage du Dr D_____, précis et convaincant, et de l'audition de la recourante, il apparaît clairement qu'une capacité de travail immédiate de 100% n'est pas exigible, en particulier compte tenu du fait que la recourante présente encore des symptômes de la dysthymie et que, au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, elle n'a plus retravaillé depuis 1999, de sorte qu'un réentraînement au travail est nécessaire avant d'atteindre une éventuelle capacité pleine et entière. La progression de cette capacité de travail n'a cependant pas pu être précisée par le psychiatre-traitant.

Il convient, dans ces conditions, d'annuler la décision de suppression de la rente d'invalidité de la recourante et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il rende une nouvelle décision, après instruction complémentaire, pour déterminer avec précision la capacité de travail progressive de la recourante et ordonner une mesure visant un réentraînement au travail, que ce soit par le biais du service d'aide au placement ou par celui de l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel.

24. A la demande de l'OAI, le Dr D_____ a indiqué le 30 novembre 2008 qu'il ne lui était pas possible de préciser la durée du programme de réentraînement au travail

nécessaire pour que l'assurée retrouve une pleine capacité de travail et requis de connaître les conditions prévues du programme de réentraînement au travail envisagé.

25. Le 5 février 2009 a eu lieu un entretien au service de placement au terme duquel il a été proposé à l'assurée de réfléchir avec son psychiatre-traitant à un réentraînement au travail. L'assurée a indiqué qu'elle s'était inscrite à l'OCE.
26. Par téléphone du 5 février 2009, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était prête pour un réentraînement au travail progressif.
27. Par communication du 26 mars 2009, l'OAI a pris en charge un réentraînement au travail aux EPI du 30 mars au 28 juin 2009.
28. Le 27 mars 2009, l'OAI a requis de la Caisse de compensation FER CIAM la fixation de la grande indemnité journalière.
29. Le rapport de réadaptation professionnelle du 27 mars 2009 a proposé un réentraînement au travail par un stage, au début sur des demi-journées, avec mise au bénéfice d'une indemnité journalière.
30. Par décision du 29 avril 2009, l'OAI a fixé l'indemnité journalière à CHF 130.40.
31. Le 11 mai 2009, l'assurée a requis de l'OAI le rétablissement de son droit à la rente dès mai 2008, selon le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 9 septembre 2008.
32. Le 9 juin 2009, le Dr D_____ a rempli un rapport AI intermédiaire selon lequel le stage de réentraînement au travail n'avait pas encore eu un effet positif sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée. L'état de santé était stationnaire. Le programme de réentraînement dans un atelier de la marbrerie ne lui paraissait pas adéquat comme types d'activités et d'horaires et devait être revu et corrigé.
33. Un rapport d'entretien téléphonique avec le Dr D_____ du 25 juin 2009 mentionne qu'une planification du travail améliorerait les conditions du stage.
34. Le 15 juillet 2009, l'OAI a écrit à l'assurée que la rente d'invalidité ne serait pas reprise, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 106 V 1, RCC 1987 p. 279 ; ATFA du 15 avril 1999 I/98).
35. Par téléphone du 17 juillet 2009, l'assurée a demandé à l'OAI confirmation du fait que sa rente ne serait pas rétablie durant l'instruction.
36. Par communication du 27 juillet 2009, l'OAI a pris en charge un réentraînement au travail du 29 juin au 27 septembre 2009 aux EPI, sur proposition de la réadaptation professionnelle, avec comme but de prévoir un stage dont les activités seraient planifiées.
37. Le 29 septembre 2009, le Dr D_____ a rempli un rapport médical AI intermédiaire attestant d'un état de santé stationnaire. L'assurée aurait pu se réhabituer à des

horaires durant son stage mais souhaitait qu'un stage dans son ancien domaine de comptabilité puisse être organisé.

38. Le 12 octobre 2009, les EPI ont rendu leur rapport suite au stage à 50% du 30 mars 2009 au 27 septembre 2009 (50 jours intramuros et 60 jours en entreprise). L'assurée avait été absente 24 jours sur 110 jours.

Le comportement de l'assurée s'était amélioré mais un reclassement immédiat dans la vie active n'était pas possible. Un réentraînement sur une beaucoup plus large période était nécessaire, dans un milieu très encadrant.

39. Par courriel du 24 novembre 2009, l'assurée a indiqué qu'elle souhaitait des mesures de réentraînement au travail, que dès janvier 2010 elle n'aurait plus de revenu et qu'elle priait l'OAI de l'aider.
40. Selon un entretien à l'OAI du 24 novembre 2009, une mise à niveau en école a été proposée à l'assurée car un réentraînement au travail dans le domaine de la comptabilité paraissait difficile, compte tenu de l'état psychique de l'assurée.
41. Par communication du 25 janvier 2010, l'OAI a pris en charge une poursuite d'un réentraînement au travail du 25 janvier au 25 avril 2010 à 50% aux EPI.
42. Le 25 janvier 2010, la doctoresse J_____, du SMR, a estimé que l'avis du SMR du 20 juillet 2007 était toujours valable, soit que l'assurée présentait une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle ou comme aide de bureau. Toutefois, il fallait définir au mieux une stratégie en adéquation avec les souhaits de l'assurée et de veiller à ce qu'elle soit exposée de façon progressive à ses tâches.
43. Par décision du 27 janvier 2010, l'OAI a octroyé une indemnité journalière de CHF 130.40 à l'assurée du 25 janvier au 25 avril 2010.
44. Le 1^{er} mars 2010, la réadaptation professionnelle a proposé d'effectuer une mise en situation dans des activités de comptabilité aux EPI, avec un suivi individualisé et des cours de comptabilité.
45. Par communication du 3 mars 2010, l'OAI a pris en charge des cours informatique – comptabilité, du 26 janvier au 27 mai 2010.
46. Le 21 février 2010, l'assurée a réclamé des indemnités journalières du 1^{er} janvier au 24 janvier 2010, les indemnités de chômage ayant été supprimées dès le 31 décembre 2009. Elle demandait formellement une décision conforme à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 8 septembre 2008.
47. Le 11 mars 2010, l'OAI a informé l'assurée que l'indemnité journalière d'attente supposait une incapacité de travail d'au moins 50% dans l'activité habituelle, ce qui n'était pas son cas ; une procédure à suivre était mentionnée en cas de désaccord.
48. Le 29 avril 2010, les EPI ont rendu leur rapport suite au stage du 25 janvier au 25 avril 2010 mentionnant une absence de l'assurée de 4 jours et une capacité en fin de mesure de 50 %. Elle était assidue, possédait des bases exploitables mais avait

de la peine à tenir un horaire. Le réentraînement devait se poursuivre sur six mois du 26 avril au 31 octobre 2010.

49. Le 10 mai 2010, la réadaptation professionnelle a proposé la poursuite du réentraînement au travail pour atteindre un taux d'activité de 80%.
50. Par communication du 12 mai 2010, l'OAI a pris en charge la poursuite du réentraînement au travail du 26 avril au 31 octobre 2010.
51. L'assurée a subi une incapacité de travail de 50% en raison de problèmes oculaires du 25 août au 4 novembre 2010.
52. Le 17 novembre 2010, les EPI ont rendu leur rapport suite au stage du 26 avril au 31 octobre 2010, en mentionnant une absence nulle et le constat que l'assurée était apte à rejoindre le circuit économique normal avec une pleine capacité de travail dans un poste de comptable, avec la proposition d'une nouvelle mesure 1^{er} novembre 2010 au 31 janvier 2011 pour travailler sur les techniques d'entretien d'embauche.
53. Par communication du 26 novembre 2010, l'OAI a pris en charge la poursuite du réentraînement au travail du 1^{er} novembre 2010 au 31 janvier 2011.
54. Par communication du 18 février 2011, l'OAI a pris en charge un complément de cours de comptabilité générale du 21 au 25 juin 2010.
55. Le 16 février 2011, les EPI ont rendu leur rapport à la suite de la mesure du 1^{er} novembre 2010 au 31 janvier 2011 en mentionnant une absence de deux jours et une aptitude de l'assurée à retourner dans le circuit économique normal à 80% dans un environnement exempt de stress avec une possibilité d'être autonome dans ses tâches.
56. Le 5 avril 2011, l'OAI a écrit à M. K_____, des L_____, que l'assurée pourrait bénéficier d'un stage de réentraînement au travail du 1^{er} avril au 30 septembre 2011 chez L_____, à charge de l'OAI.
57. Par communication du 18 avril 2011, l'OAI a pris en charge le stage de l'assurée chez L_____, au service de facturation du département de M_____, du 1^{er} avril au 30 septembre 2011.
58. Par décision du 19 avril 2011, l'OAI a octroyé une indemnité journalière de CHF 134.40 à l'assurée.
59. Le 27 octobre 2011, la réadaptation professionnelle a proposé une prise en charge d'un réentraînement au travail du 11 octobre 2011 au 31 mars 2012 chez L_____.
60. Le 29 septembre 2011, la direction des ressources humaines chez L_____ a engagé l'assurée comme commise administrative 3 à 30% avec un statut d'auxiliaire du 1^{er} octobre 2011 au 30 juin 2012.

61. Par communication du 2 novembre 2011, l'OAI a pris en charge la poursuite du réentraînement au travail chez L_____ du 1^{er} octobre 2011 au 31 mars 2012.
62. Par décision du 4 novembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une indemnité journalière de CHF 134.40 du 2 au 4 octobre 2011, réduite à CHF 64.40 en raison de l'activité lucrative durant la réadaptation et de CHF 99.40 dès le 5 octobre 2011.
63. Le 10 décembre 2012, la réadaptation professionnelle a clôt son mandat en considérant que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière. Elle avait été mise au bénéfice de mesures de réentraînement au travail, bien que du point de vue médical sa capacité de travail était entière, mais perturbée par des facteurs extra-médicaux.
64. Par projet de décision du 27 mars 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2008 au 30 mars 2009, date du début des mesures professionnelles, lesquelles s'étaient terminées le 31 mars 2012. Depuis le début des mesures l'assurée disposait d'une capacité de travail entière du point de vue médical ; il n'y avait donc pas d'invalidité à leur terme.
65. Par décision du 7 juin 2013, l'OAI a alloué à l'assurée un montant de CHF 25'869.- dont CHF 11'050.25 étaient versés à la Caisse de chômage UNIA et CHF 121.60 à la Caisse de compensation FER CIAM.
66. Par courriel du 26 juin 2013, l'assurée a observé que la décision du 7 juin 2013 ne traitait pas la question des indemnités journalières, notamment d'attente, en retenant à tort une capacité de travail entière du point de vue médical. Elle requérait les viatiques de 2010 à 2011 et le remboursement d'un cours IPAGE suivi en accord avec les EPI.
67. Les 3 et 4 juillet 2013, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'elle devait s'adresser à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice.
68. Le 8 juillet 2013, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 7 juin 2013 en faisant valoir qu'il était erroné et contraire à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 8 septembre 2008 d'affirmer qu'elle était pleinement capable de travailler d'un point de vue médical depuis le début des mesures, qu'aucun rapport médical n'avait été demandé à son médecin-traitant depuis septembre 2008, que l'instruction demandée par le Tribunal cantonal des assurances sociales en septembre 2008 s'était terminée 57 mois plus tard, ce qui semblait long, qu'elle ne pouvait retrouver du travail à 57 ans et que son stage chez L_____ s'était terminé en mars 2012.
69. L'assurée a complété son recours le 8 août 2013 en relevant qu'elle avait présenté des difficultés à assumer ses périodes de réentraînement au travail et que même lors du remplacement chez L_____ en 2011, puis du contrat à durée déterminée en 2011-2012 elle avait dû travailler beaucoup plus que les termes prévus pour tenter de remplir sa mission, qu'elle contestait l'avis du SMR du 25 janvier 2010 en tant qu'il se référait à une affection psychosociale, à un contexte juridique particulier,

qu'à plusieurs reprises elle avait demandé un prononcé à l'OAI qui lui avait été refusé et qu'elle se demandait s'il n'y avait pas eu déni de justice, qu'elle demandait le versement d'indemnités journalières à 100%, car si elle n'était pas tombée malade elle aurait travaillé à 100% dès 2009 en tous les cas, qu'elle avait demandé des indemnités d'attente pour chaque période entre deux mesures, que le cours IFAGE d'août 2010 de 760 fr. devait lui être remboursé, que des viatiques lui étaient dus du 25 janvier 2010 au 31 janvier 2011 car elle était absente du domicile plus de 5 heures, que l'OAI continuait de se fonder sur l'avis du SMR de 2007 alors que celui-ci avait été remis en cause par le Tribunal cantonal des assurances sociales, que sa dysthymie n'était plus stabilisée, que chez L_____ lui proposeraient un poste si leur budget le permettait, mais pas à plein temps, ce qui correspondait en effet à ses capacités (en raison de manque de concentration et d'assurance, et de la présence de tocs), qu'enfin elle souhaitait que son taux de capacité de travail soit évalué.

70. Le 27 septembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Il a rappelé que les décisions d'indemnités journalières des 29 avril 2009, 19 avril 2011 et 2 novembre 2011 étaient entrées en force. S'agissant de l'indemnité journalière d'attente, elle n'était pas due. L'assurée présentait une capacité de 100% dans toute activité, ce que le Tribunal cantonal des assurances sociales avait reconnu dans son arrêt en constatant une amélioration. Le droit à une rente entière avait été prolongé jusqu'au 30 mars 2009 par communication du 25 janvier 2010 de sorte qu'il appartenait à la recourante de demander une décision formelle en cas de désaccord ; cette question sortait donc de l'objet du litige. L'assurée devait lui transmettre les frais IFAGE afin qu'une décision formelle soit rendue ; quant aux viatiques, l'assurée avait perçu 2'012 fr. 50 le 20 décembre 2012. Les directives du Tribunal cantonal des assurances sociales avaient été suivies et la capacité de travail avait été considérée comme étant entière du point de vue médico-théorique dès le 30 mars 2009.

71. Le 24 octobre 2013, l'assurée a répliqué en expliquant qu'elle n'avait pas recouru contre la décision de l'OAI fixant le montant de l'indemnité journalière car rien ne laissait supposer que le calcul était faux de sorte qu'elle maintenait sa demande de rectification du montant des indemnités journalières et l'octroi d'indemnités journalières d'attente, qu'elle persistait à demander des viatiques pour la période du 25 janvier 2010 au 31 janvier 2011 lors de son stage aux EPI, que l'OAI maintenait sa ligne, laquelle reposait sur le premier rapport du SMR dont la valeur probante avait été mise en doute par le Tribunal cantonal des assurances sociales et que la solution pourrait être celle de l'octroi d'une rente entière tout au long du processus de réadaptation.

72. Le 15 novembre 2013, l'OAI a maintenu ses conclusions.

73. A la demande de la Cour de céans, le Dr D_____ a indiqué le 1^{er} janvier 2014 que, depuis 2013, il suivait moins fréquemment l'assurée, à la demande de celle-ci, que

le diagnostic était celui d'une évolution dysthymique (F34.1), qu'elle avait récupéré une capacité de travail, en particulier lors du stage chez L_____ en 2011/2012, à 50%, que la mesure de réadaptation de l'OAI avait permis à l'assurée de retrouver au moins de façon transitoire une certaine confiance en elle-même, en ses capacités professionnelles et une certaine satisfaction à se retrouver active mais qu'elle n'avait pas duré assez longtemps pour lui permettre d'éprouver cette confiance durablement, que l'assurée avait dès le 1^{er} octobre 2013 retrouvé une activité de comptable à 50%, ce qui avait un effet bénéfique.

74. Le 20 janvier 2014, la Cour de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties. La recourante a déclaré :

"Le réentrainement au travail mis en place par l'OAI m'a bien aidée, même si la mesure était un peu déstabilisante car les stages étaient donnés au compte-gouttes. Les mesures étaient effectivement prolongées, mais je n'ai pas eu le sentiment d'être accompagnée, ni soutenue par les personnes travaillant aux EPI en vue de la réinsertion professionnelle.

Le deuxième stage que j'ai suivi d'environ une année à Chêne s'est mieux passé. J'ai également suivi des cours et j'ai été mieux accompagnée et soutenue.

J'ai travaillé chez L_____ à 50%, ce qui m'a aidée à me recentrer dans ce que je pouvais faire, à gagner en assurance dans un vrai environnement professionnel. J'ai effectué un remplacement chez L_____, qui a été difficile, car, bien que prévu à 50%, je travaillais à plus de 100% car je devais rendre des comptes à dates fixes. Ce travail a néanmoins aidé à ma réinsertion professionnelle.

Ma situation actuelle va beaucoup mieux par rapport à 2008. J'ai été engagée à 50% comme comptable dans une fiduciaire depuis le 1^{er} octobre 2013, par le biais d'une connaissance qui y travaille. Je travaille beaucoup plus que mon horaires, soit 8 heures de plus par semaine, en raison de mon insécurité. Mon patron est compréhensif et pour l'instant pas trop exigeant. Je n'ai pas encore eu d'entretien d'évaluation avec lui mais il m'a gardée après l'échéance du temps d'essai.

Pour l'instant, je ne pense pas être capable de travailler à 100% car j'ai encore des problèmes de concentration, de rendement, de fatigue et de manque de précision dans mon travail. Je fais encore des erreurs. Mon travail actuel me demande beaucoup d'énergie et de concentration. Je souhaiterais pouvoir travailler à 100%, avoir une vie normale et pouvoir travailler comme tout le monde. Cela est pour l'instant encore prématuré.

Je suis toujours suivie par le Dr D_____. Je l'ai vu lors d'une dernière consultation en décembre 2013. Ma maladie est actuellement stabilisée. Je suis toujours sous traitement médicamenteux. J'ai toutefois des périodes où je vais moins bien. Mon travail actuel m'aide beaucoup et j'estime ne plus être en dépression continue, comme je l'étais auparavant.

Si la rente ne devait pas être versée pendant la période de réentraînement au travail, je maintiens ma demande d'indemnités journalières d'attente. Je conteste le statut d'active à 80% fixé par l'AI car celui-ci s'est fondé sur une période où je travaillais à 80% car j'avais des enfants en bas âge, mais il est évident que, mes enfants grandissant, j'aurais repris une activité à 100% si j'avais été en bonne santé. Je précise que j'aurais repris une activité à 100% dès l'instant où les enfants étaient rentrés au Cycle d'orientation, donc vers 12-13 ans."

La représentante de l'OAI a indiqué qu'une décision sera rendue concernant le cours IFAGE et les frais du viatique.

75. Le 24 janvier 2014, l'assurée a observé que, depuis 2013, elle avait espacé ses rendez-vous avec le Dr D_____, que celui-ci estimait qu'il était prématuré qu'elle puisse retravailler à 100%, ce qu'elle ressentait aussi, que sa fatigue était excessive, sa capacité de concentration dégradée, qu'elle avait toujours voulu travailler, mais qu'elle ne pouvait en l'état travailler à 100%, qu'elle souffrait d'un manque de mémoire, d'assurance et de coordination intellectuelle, qu'elle devait sans cesse recommencer son travail, qu'elle faisait des heures supplémentaires pour pouvoir rendre son travail, que vu le refus de l'OAI de lui servir une rente, elle requérait des indemnités journalières durant son réentraînement au travail soit dès le 30 mars 2009, que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'arrêt du TCAS de septembre 2008 et qu'elle avait le sentiment d'avoir été discriminée par l'OAI.
76. Le 10 février 2014, l'OAI a observé que la dysthymie n'était pas invalidante et que le TCAS n'avait pas contesté, dans son arrêt du 8 septembre 2008, que la recourante présentait une capacité de travail entière, que seule son exigibilité immédiate avait été remise en question, pour des motifs pratiques, sans fondement médical, que la première mesure de réentraînement était suffisante pour garantir un retour à l'emploi optimal, raison pour laquelle la rente n'avait été allouée que jusqu'au début de ladite mesure, qu'une évaluation médicale était superflue puisque l'atteinte à la santé était une simple dysthymie.
77. Le 24 mars 2014, la chambre de céans a informé les parties du fait qu'elle entendait ordonner une expertise psychiatrique et la confier au docteur N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.
78. Le 7 avril 2014, l'OAI a estimé qu'une expertise judiciaire ne se justifiait pas et indiqué que le délai de restitution des expertises du Dr N_____ était relativement long, ce qui était contraire au principe de célérité. La modification d'une question était requise.
79. Par ordonnance du 10 avril 2014 (ATAS 497/2014), la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr N_____.
80. Le 25 août 2014, Monsieur O_____, expert-comptable, a licencié l'assurée pour le 30 septembre 2014, en relevant qu'après plusieurs mois, il lui était impossible de couvrir son salaire avec le chiffre d'affaires qu'elle dégageait.

81. Le Dr N_____ a rendu son rapport d'expertise le 13 janvier 2015.

Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger, de dysthymie et de personnalité anankastique. Il a relevé que le trouble thymique était persistant, présent à certaines périodes sous forme de dysthymie, à d'autres, sous forme de dépression légère à moyenne. Il se manifestait actuellement par une humeur triste, une anhédonie, une fatigue, un ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration, une indécision, un manque d'assurance et de confiance en soi, ainsi que par des sentiments de culpabilité et de dévalorisation. Par ailleurs, l'expertisée présentait de longue date un fonctionnement obsessionnel qui avait eu, et qui avait toujours, des conséquences délétères sur son activité professionnelle. Les doutes, les hésitations, le perfectionnisme, la méticulosité, le souci du détail, l'indécision, l'incapacité à considérer une tâche comme achevée en étaient les principales manifestations. Ces traits obsessionnels (anankastiques dans la terminologie de la CIM-10) étaient envahissants et gênants : l'expertisée vérifiait indéfiniment le travail accompli afin de s'assurer qu'elle n'avait pas commis d'erreur, elle reprenait à maintes reprises la tâche qu'elle venait d'exécuter (la rédaction d'une lettre, un tableau Excel, etc.), si bien que son rendement était très insuffisant par rapport aux exigences de sa profession, malgré une motivation certaine et un engagement sans faille. Présents de longue date, très enracinés et assez sévères pour répondre aux critères de la personnalité anankastique (CIM-10) ou personnalité obsessionnelle (DSM-V), ces traits pathologiques, en soi difficiles à modifier, l'étaient davantage encore à l'âge de l'expertisée. Selon toute vraisemblance, ils étaient aujourd'hui hors de portée d'une intervention psychothérapeutique. Il considérait qu'ils représentaient un facteur essentiel de la baisse de rendement de l'expertisée dans son activité professionnelle.

Les limitations fonctionnelles étaient liées à l'état dépressif (ralentissement psychomoteur, fatigabilité, difficulté à maintenir une bonne concentration dans la durée, labilité émotionnelle, fragilité affective et vulnérabilité aux stress psychosociaux, etc.) et pour une large part au fonctionnement obsessionnel (indécision, hésitations, doutes, perfectionnisme, besoin de vérification) qui était à l'origine de la lenteur du faible rendement.

L'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis 2001, en particulier depuis 2009; l'assurée pourrait travailler à 75% dans une activité simple et routinière (facturation). Entre le 1^{er} avril 2009 et 2011, la capacité de travail, réduite par l'état dépressif, n'était pas exploitable sur le marché de l'emploi; depuis avril 2011, la capacité de travail était de 75%, avec un rendement diminué de 50%, en raison du fonctionnement obsessionnel et des troubles thymiques persistants.

82. Le 12 février 2015, l'assurée a observé que le rapport du Dr N_____ était juste et conforme à ce qu'elle avait exprimé. Elle a mentionné quelques dates à rectifier. Elle avait été "cassée" par son licenciement en août 2014, alors qu'elle avait réussi à être employée à mi-temps comme comptable fiduciaire depuis octobre 2013, pour un salaire de CHF 3'500.- depuis le 1^{er} janvier 2014; elle avait présenté des

difficultés (lenteur, manque de concentration, tâches sans cesse recommencées, obsessions), de sorte qu'elle avait fait de nombreuses heures supplémentaires; elle avait, à la suite de cela, fait une rechute et un nouvel épisode de dépression. Elle réclamait une indemnité journalière de base de CHF 162.96 et des indemnités journalières d'attente entre les stages, ainsi que des viatiques, du 25 janvier 2010 au 31 janvier 2011.

83. Le 3 février 2015, le Dr J_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel il était surprenant de retenir un trouble de la personnalité anankastique, alors que ni le Dr D_____, ni le médecin du SMR en 2008, ne l'avait évoqué; le rapport des EPI du 16 février 2011 retenait que l'assurée avait pu reprendre confiance et disposait d'une capacité de travail de 80% dans l'économie libre; les déclarations de l'assurée étaient insuffisantes pour fonder ce diagnostic. Le Dr N_____ ne motivait pas la dépression sévère de 1999-2000 et incapacitante jusqu'en 2011; les diagnostics de dysthymie et de trouble dépressif léger s'excluaient. La diminution de la capacité de travail de 25% et celle du rendement de 50% n'étaient pas justifiées sur le plan médical.
84. Le 16 février 2015, l'OAI a observé que l'expertise judiciaire ne pouvait se voir reconnaître valeur probante.
85. A la demande de la chambre de céans, le Dr N_____ a complété son expertise le 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. 1er 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 LPGGA. 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; ATFA 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).

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).

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).

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 :

"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 autre 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 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 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 7 juin 2013.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2008 au 30 juin 2011 et à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2011, avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2013.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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