

## GE\_GERICHTE A/343/2014 vom 16. Juli 2014

GE Cour de justice, 2014-07-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_343\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_343_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/343/2014 du 16 juillet 2014

IT: GE\_GERICHTE A/343/2014 del 16 luglio 2014

### Erwägungen

#### E. 4

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à BERNEX, représentée par PROCAP recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1959, ressortissante de la République fédérale d'Allemagne, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI ou l'intimé) en date du 13 janvier 2011. 2. Titulaire d'un diplôme de gestion d'entreprises, l'assurée a travaillé de janvier 1981 à août 1997 en Allemagne, notamment pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA. Transférée auprès de la branche suisse de B\_\_\_\_\_ SA à Genève, l'intéressée y a travaillé du 1<sup>er</sup> septembre 1997 au 31 août 2007, en tant qu'operational marketing manager perfumery, puis senior manager prospective, à 80% depuis 2003. Selon le certificat de salaire, le salaire brut de l'assurée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2007 s'est élevé à CHF 174'822.-, y compris CHF 13'111.- d'indemnités journalières. En 2006, le salaire annuel brut était de CHF 123'513.-. 3. Souffrant de dystonie cervicale (torticolis spasmodique) d'évolution progressive suite à un accident survenu à l'âge de 11 ans (chute avec fracture du crâne), l'assurée a présenté en avril 2005 un état d'épuisement professionnel avec symptômes de type dépressif ayant nécessité un arrêt de travail du 15 avril 2005 au 2 juin 2005. 4. Une nouvelle incapacité de travail a été prescrite par son médecin traitant dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006. L'assurée a été licenciée au 31 août 2007 pour cause de restructuration. 5. L'assurée a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage jusqu'en juin 2009 et depuis le 1<sup>er</sup> août 2009, elle a entrepris une activité indépendante. 6. Dans un rapport adressé à l'office AI du canton de Genève en date du 16 décembre 2010, le professeur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué une grave dystonie avec torticolis spasmodique, une dystonie de la musculature paravertébrale et du muscle pectoral gauche ainsi qu'un état dépressif et des attaques de panique. Depuis début 2007, la patiente était incapable de travailler à 100%. 7. Dans un rapport établi à l'attention de l'Office AI en date du 31 janvier 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, a diagnostiqué une dystonie cervicale latérale gauche, un torticolis spasmodique suite à un accident à l'âge de 11 ans avec aggravation progressive, un état dépressif moyen à sévère dans un contexte d'épuisement professionnel depuis 2005, des attaques de panique et une amblyopie de l'œil gauche. Il suivait sa patiente ambulatoirement depuis décembre 1999. Depuis 1999, elle était également suivie par le Prof. C\_\_\_\_\_, neurologue à Zurich, et depuis mars 2007 par le docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre. Le médecin traitant a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 15 avril 2005 au 2 juin 2005 et à 100% dès le 13 novembre 2006 à ce jour. Selon le praticien, l'évolution de l'atteinte neurologique était la cause principale actuelle de l'incapacité. L'aggravation était progressive et la réponse aux

injections de Botox par le Prof. C\_\_\_\_\_ de moins en moins bonne. Il a précisé dans le rapport annexe que la limitation physique majeure était provoquée par la dystonie cervicale douloureuse. La capacité de concentration était limitée, de même que la capacité d'adaptation et la résistance en relation avec la douleur et la contracture cervicale ainsi que l'état dépressif, en tout cas depuis novembre 2006. [endif]>[if> 8. Dans son rapport établi à l'attention de l'OAI en date du 15 mars 2011, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état dépressif récurrent d'intensité moyenne d'épuisement professionnel depuis 2005, des attaques de panique, une amblyopie de l'œil gauche, une dystonie cervicale latérale gauche/torticolis spasmodique suite à un accident à l'âge de 11 ans avec aggravation progressive, depuis janvier 2007. Il avait traité la patiente du 17 avril 2007 au 19 octobre 2010 et le dernier contrôle a eu lieu le 10 février 2011. Le psychiatre a relevé que sa patiente avait mené une carrière professionnelle brillante jusqu'en 2005 où elle a été victime de mobbing dans le cadre de son emploi chez B\_\_\_\_\_ SA et, durant la même époque, le couple s'était séparé. Elle présentait habituellement un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Les douleurs quotidiennes contribuaient aussi à cette fatigabilité. Le pronostic dépendait en partie de l'état physique. Le pronostic était mauvais si on tient compte de la durée et de l'intensité de l'état dépressif. Le psychiatre a administré plusieurs traitements antidépresseurs sans succès, car l'assurée a présenté trop d'effets secondaires. Il n'a pas lui-même établi de certificat médical d'incapacité de travail, lesquels ont été prescrits par le Dr D\_\_\_\_\_, en accord avec lui. Les troubles manifestés par l'assurée l'empêchaient d'accomplir les tâches exigibles dans son travail, à 100%. Il n'y avait pas d'activité adaptée. [endif]>[if> 9. A la demande de l'OAI, l'assurée a communiqué copie de son compte d'exploitation pour son activité indépendante du 1<sup>er</sup> août 2009 au 31 décembre 2010, exercice qui s'est soldé par une perte de CHF 9'242,14. [endif]>[if> 10. Dans son avis du 16 août 2011, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional AI (SMR) a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant dès décembre 2010, atteste une incapacité de travail à 100% du 15 avril au 2 juin 2005, et dès le 13 novembre 2006, dans le contexte d'un épuisement professionnel en avril 2005 et d'un effondrement psychique en novembre 2006, avec persistance des troubles anxieux et dépressifs persistants, considérant l'atteinte neurologique comme cause principale de l'incapacité de travail. Afin de pouvoir déterminer l'évolution actuelle avant de procéder à des examens spécialisés, il proposait de demander des rapports intermédiaires au médecin traitant, au psychiatre traitant et au neurologue traitant, ce aux fins de préciser l'évolution antérieure des problèmes de santé et de la capacité de travail. Il a suggéré de demander les documents médicaux de l'assureur perte de gain impliqué lors de son emploi antérieur terminé en août 2007. [endif]>[if> 11. Dans un rapport complémentaire reçu par l'OAI le 15 septembre 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics retenus précédemment, de même que les atteintes et le pronostic. Les troubles présentés par l'assurée l'empêchaient d'accomplir ses tâches, à 100% et aucune activité n'était adaptée. [endif]>[if> 12. Suite à une demande de l'OAI, la Zurich Compagnie d'assurance SA, assureur perte de gain maladie, a communiqué copie des pièces de son dossier en date du 30 septembre 2011. L'assureur précité avait mandaté la clinique Corela pour une expertise. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 6 juillet 2007, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen au moment de son expertise, sans syndrome somatique. L'expert notait toutefois que le syndrome somatique n'était pas tout à fait clair, car il existait une

hypersomnie plutôt que des réveils matinaux marqués. La capacité de travail était alors de 50%, susceptible d'être augmentée avec l'introduction d'un traitement antidépresseur de type sérotoninergique. Après quatre à six semaines de traitement bien conduit, cette capacité devrait s'avérer pleine et entière. Enfin, la capacité de travail n'était pas susceptible d'être augmentée dans une autre activité, car il ne s'agissait pas d'un type d'activité particulier qui ne peut être mené. L'expertisée souffrait d'un état dépressif d'intensité moyenne qui la prétait tant physiquement que psychologiquement.!

13. Dans son rapport médical intermédiaire daté du 31 octobre 2011, le Prof. C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire. La patiente était sévèrement limitée par l'anomalie de position de la tête, du haut du corps, ainsi que par les contractures et les douleurs. Une capacité de travail n'était pas exigible, quelle que soit la profession. A la question relative à la capacité de travail, le médecin a répondu qu'elle était de 100% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007. !

14. Dans un rapport à l'attention de l'office AI établi en date du 29 novembre 2011, le docteur H\_\_\_\_\_, neurologue et psychiatre psychothérapeute à Lünen (Allemagne), a diagnostiqué une récurrence des troubles dépressifs avec un épisode dépressif de degré moyen et une attaque de panique. L'assurée était toujours incapable de travailler depuis début 2007.!

15. Le SMR a relevé, dans son avis du 14 novembre 2011, que le Prof. C\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail totale dans toute activité. Dès lors que l'assurée n'avait plus de suivi psychiatrique, il a proposé un examen psychiatrique au SMR. !

16. L'OAI a mandaté la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 mars 2012, l'expert a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique F 32.10, présent depuis novembre 2006. Le trouble panique F 41.0, présent depuis novembre 2006, était sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, l'expert a relevé que l'assurée avait travaillé chez B\_\_\_\_\_ SA, mutée depuis l'Allemagne à Genève pour développer le marketing. En 2004, à la suite de la nomination d'un nouveau chef, des difficultés surgissent, l'expertisée se sent victime de harcèlement moral par cet homme qui tantôt la discrédite, tantôt l'encense professionnellement. Après avoir fait appel au service des ressources humaines de son employeur en vain et malgré les diverses interventions de ce service, la situation a perduré et l'expertisée s'est épuisée psychologiquement. Elle a été en arrêt de travail en 2005 pendant un mois en raison d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. En novembre 2006 une première attaque de panique est survenue avec un sentiment de mort imminente. Un arrêt de travail à 100% a été prescrit en raison de son épuisement psychique. Depuis avril 2007, elle a été suivie par le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre. A l'examen clinique, les symptômes objectivés correspondaient à un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, status superposable à celui décrit par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son expertise de juillet 2007. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait être retenu, car il s'agissait d'un même épisode dépressif et non de plusieurs épisodes entrecoupés de périodes de rémission. Les attaques de panique étaient épisodiques et présentes, elles avaient diminué d'intensité. La dernière attaque remonterait à novembre 2011 et aurait nécessité la prise de Lorazépam. La capacité résiduelle de travail comme consultante en marketing est de 50%. L'activité actuelle était encore exigible à raison de quatre heures par jour, fractionnées dans la journée si nécessaire. L'incapacité de 50% date de novembre 2006 et durait encore actuellement. Des mesures de réinsertion professionnelle étaient à envisager dans un premier temps à 50% dans une activité nécessitant peu de stress et de responsabilités. Un suivi psychothérapeutique régulier

associé à une médication antidépressive prise à minima six mois après la rémission de tout symptôme dépressif devrait permettre une rémission de l'épisode dépressif et, progressivement, d'augmenter la capacité de travail dans les six prochains mois. Par ailleurs, d'autres activités étaient exigibles de la part de l'assurée, dans un premier temps à 70%, dans une activité avec peu de stress, de responsabilités, d'adaptabilité et de concentration. ]>] 17. A la demande de l'OAI, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a effectué une expertise neurologique de l'assurée. Dans son rapport du 14 décembre 2012, il a diagnostiqué un torticolis spasmodique (dystonie cervicale sévère). L'examen neuropsychologique a mis en évidence un score hautement significatif de la lignée anxio-dépressive, un fléchissement en mémoire antérograde verbale, une altération des capacités attentionnelles et un défaut d'incitation non verbal et d'inhibition sans autre altération des fonctions exécutives. Par ailleurs, au plan psychiatrique les diverses évaluations ont noté un état dépressif d'intensité moyenne persistant avec des attaques de panique. Ces troubles étaient à mettre en relation étiologique avec la dysfonction mnésique et attentionnelle de l'examen neuropsychologique. L'expert relevait par ailleurs que dans son rapport du 31 octobre 2011, le Prof. C\_\_\_\_\_, probablement en raison d'une erreur de transcription, s'était en réalité exprimé sur une incapacité de travail et non sur une capacité. En ce qui concerne l'incapacité de travail neurologique, l'expert retenait une incapacité de travail de 50% dans l'activité de conseillère en marketing ou toute autre activité de bureau d'un certain niveau, du fait de l'atteinte cervicale empêchant l'approche continue des divers dossiers et du travail à l'ordinateur, ainsi que du syndrome de fatigue et des douleurs associées à la contracture de la musculature cervico-scapulaire. Une activité plus physique était encore plus sévèrement limitée de 80 à 100% en fonction du type d'activité. La posture du rachis cervical et l'ensemble de la statique de la patiente limitaient fortement toute activité de bureau face à des dossiers ou à un ordinateur, avec fortes douleurs, nécessité de bouger et syndrome de fatigue. Depuis cinq ans environ, l'incapacité de travail était justifiée médicalement. L'expert a souligné que le tableau s'était apparemment décompensé dans un contexte de dépression associé à un conflit professionnel et qu'il était difficile de distinguer la part neurologique spécifique dans l'évolution ultérieure de l'incapacité de travail, la composante neurologique à l'incapacité de travail restant a priori stable, à 50% ces dernières années. La patiente n'étant pas davantage capable, au contraire plutôt moins capable d'exercer une activité à composante plus physique que celle de conseillère en marketing, il n'y avait pas de meilleure capacité de travail exigible dans une activité autre, puisque celle-ci ne pourrait pas être adaptée aux limitations fonctionnelles actuellement présentes. L'expert a conclu, sur le plan neurologique, à une capacité de travail de 50%, sans tenir compte des éléments psychiatriques, à raison de quatre heures par jour, si possible fractionnées, du fait du développement des douleurs et du syndrome de fatigue lors d'une activité continue. Il n'existait pas d'activité plus spécifiquement adaptée aux limitations fonctionnelles de la patiente que son ancienne activité. Vu la longue évolution et la détérioration lente mais progressive, une récupération spontanée, bien que décrite parfois, semblait ici très peu probable. A l'heure actuelle il n'existait pas de médicaments plus spécifiquement utiles dans cette maladie et le pronostic était donc celui d'une stabilité ou d'une péjoration ultérieure, bien que lente. Répondant aux questions de l'assurée, l'expert a indiqué que dans tout syndrome dystonique ainsi que dans d'autres affections extrapyramidale, un état dépressif ou d'autres manifestations psychologiques étaient à même de péjorer, au moins transitoirement, le tableau neurologique lui-même. Il a précisé également que pendant de

nombreuses années, ce type de dystonie a été considéré comme « psychogène », alors que l'on sait actuellement que ce trouble correspond à une dysfonction organique de la fonction aminergique des noyaux gris centraux. Cela dit, la forte réciprocity d'influence entre les manifestations neurologiques et l'état psychique des patients restait à souligner dans les deux sens. 18. Dans son rapport du 25 janvier 2013, le médecin du SMR relève que les conclusions de l'expert psychiatre et de l'expert neurologue étaient concordantes sur la capacité de travail, à savoir 50%, et sur l'impérieuse nécessité de traitement psychiatrique. 19. Un mandat d'enquête ménagère a été mis en place le 20 mars 2013, le statut mixte étant a priori retenu, à savoir un taux d'activité de 80% dans la part professionnelle. Lors de l'enquête économique sur le ménage effectuée à domicile en date du 28 mai 2013, l'enquêtrice a relevé qu'entre 1988 et 1997, en Allemagne, l'assurée avait travaillé à un taux de 100%. Puis son employeur lui avait demandé d'intégrer la société B\_\_\_\_\_ SA à Genève en 1997. Comme elle souffrait déjà d'un torticolis qui s'était aggravé dans l'âge de ses trente ans, elle a profité de ce changement pour demander une baisse de son taux d'activité et travaille alors à 80% dès 1997. Après son licenciement, elle a émergé au chômage et en 2009, elle a tenté de reprendre une petite activité en tant que consultante marketing indépendante à un taux d'activité variant entre 20 et 30% qu'elle ne peut poursuivre en raison d'un syndrome de fatigue et des douleurs liées à l'inclinaison de la tête. Sans handicap, elle aurait poursuivi son emploi de manager à 100%. Les empêchements dans la sphère ménagère étaient importants, de 52,5%. Concernant le statut, l'enquêtrice a considéré qu'il paraissait vraisemblable que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait un statut mixte (80% activité professionnelle – 20% activité ménagère de 1997 à 2008) et d'active à 100% dès 2008, date de son divorce. 20. Dans un rapport du 22 juillet 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un torticolis spasmodique post traumatique évoluant depuis l'âge de douze ans, un état dépressif depuis 2006 avec épisodes sévères, des attaques de panique. Il décrit une patiente fatiguée, triste, inquiète, manifestation algique. Il mentionne en outre une absence de vision centrale de l'oeil gauche, ce qui a déjà entraîné des chutes. L'assurée ne peut exercer aucune activité et le taux d'invalidité est de 100% depuis fin 2006. Une amélioration n'est pas possible, l'aggravation est progressive et inexorable. 21. Le 11 septembre 2013, l'OAI a communiqué au mandataire de l'assurée un projet d'acceptation de rente, selon lequel l'assurée est incapable de travailler à 50% dans toute activité depuis novembre 2006. Un degré d'invalidité de 50% lui est reconnu dès le mois de novembre 2007. Dès lors qu'elle a déposé sa demande de prestations le 13 janvier 2011, le droit à la rente naît le 1 er juillet 2011. 22. Par courrier du 15 octobre 2013, le conseil de l'assurée a informé l'OAI qu'il avait demandé un rapport médical au Prof. C\_\_\_\_\_ suite à une aggravation de l'état de santé de l'assurée et a sollicité un délai supplémentaire au 31 octobre 2013. 23. Par courrier du 31 octobre 2013, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, conteste la position de l'OAI selon laquelle elle est capable de travailler à 50% dans l'activité habituelle. Elle a produit un rapport établi par le Prof. C\_\_\_\_\_ en date du 24 octobre 2013, aux termes duquel elle présente une aggravation de la symptomatologie depuis deux ans, les injections de Botox n'étant plus vraiment efficaces. Les symptômes touchent maintenant la musculature du visage, l'assurée a des migraines avec auras et les troubles rachidiens se péjorent. S'agissant de la capacité résiduelle de gain qui peut être effectivement réalisée sur un marché équilibré du travail, l'assurée relève que l'estimation médico-théorique effectuée par l'OAI est arbitraire. En effet, son activité habituelle exercée durant dix-sept ans consistait à effectuer des analyses

de marché, à conceptualiser, développer et évaluer des outils de communication pour vendre les nouveaux produits, assister et superviser des équipes. Autrement dit, elle occupait une fonction de cadre supérieur impliquant des interactions avec autrui. Affirmer qu'elle serait capable d'effectuer exactement les mêmes tâches à 50% ne tient pas compte de la réalité de cette fonction à ce niveau-là. D'ailleurs, elle a tenté de retrouver le même type d'emploi lorsqu'elle était au chômage, sans succès. Pour cette raison, entre autre, elle est devenue indépendante afin de pouvoir adapter le plus possible son environnement professionnel aux conséquences de son atteinte neurologique, car il est évident qu'aucun employeur n'accepterait d'engager un manager marketing à 50%, à raison de quatre heures de travail fractionnées sur une journée. Les exigences en termes de représentation et de rendement sont telles dans une fonction de cadre supérieur qu'il n'est même pas possible pour un potentiel employeur d'imaginer engager un manager dans ces conditions. A la rigueur, on pourrait exiger une capacité de 50% dans une activité administrative en tant qu'exécutant, avec des tâches de responsabilité et de représentation en deçà de celles d'un cadre supérieur. Dans cette hypothèse qui respecterait les critères de la notion de l'exigibilité, il y aurait lieu de déterminer le revenu avec invalidité en se référant l'ESS dans le domaine correspondant au niveau 4. Concernant le revenu sans invalidité, il convient de retenir un montant de CHF 132'925.- pour l'année 2007, soit le salaire attesté par l'ancien employeur converti sur un plein temps, vu le statut d'active à 100% retenu. Cependant et vu la péjoration certes lente, mais progressive de l'atteinte à la santé, il appartient à l'OAI de vérifier si cette capacité de travail médico-théorique peut être encore exploitée économiquement. L'assurée a invité l'OAI à motiver de manière plus concrète l'exigibilité de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et de déterminer à nouveau son taux d'invalidité. 24. Par décision du 9 janvier 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1 er juillet 2011 d'un montant de CHF 448.- par mois et de CHF 452.- par mois dès janvier 2013. Il a retenu un statut d'active à 100%. Sur la base de l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, le SMR est d'avis que la capacité de travail est de 50 % dans toute activité. Selon l'intimé, le service de réadaptation considère que la capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle dépendra des entreprises dans lesquelles elle effectuera ses recherches, mais rien ne leur permet de confirmer que de tels postes n'existent pas à temps partiel. Par ailleurs, si l'expert écrit que l'activité devait être si possible fractionnée, ce n'est pas une exigence. 25. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 4 février 2014. Elle fait grief à l'intimé de s'être fondé sur un taux d'invalidité médico-légal pour fixer le droit à la rente. Elle soutient qu'à teneur des rapports d'expertise et à la lecture du certificat de travail de son ancien employeur, ses limitations fonctionnelles sont incompatibles avec l'exercice de son activité habituelle de cadre supérieur. Le revenu sans invalidité à prendre en compte pour la comparaison des revenus est de CHF 132'925.- pour 2007, ramené à un taux de 100%. S'agissant du revenu qu'elle pourrait hypothétiquement réaliser actuellement, il s'agit de déterminer quelle activité est adaptée aux limitations fonctionnelles. Il convient également de prendre en compte le fait qu'elle a travaillé durant dix-sept ans auprès de son dernier employeur et le fait qu'elle ne peut travailler qu'à temps partiel en fractionnant son travail, ce qui justifie au moins une pondération de 20%. La recourante conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 26. Dans sa réponse du 18 février 2014, l'intimé conclut au rejet du recours. 27. Dans le délai impart, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas d'observations

complémentaires à formuler. <sup>28</sup>. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. <sup>1</sup>. 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<sup>er</sup> 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). <sup>2</sup>. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. <sup>3</sup>. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). <sup>3</sup>. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). <sup>4</sup>. En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). <sup>4</sup>. 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 (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985. LPA ; RS/GE E 5 10). <sup>5</sup>. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité. <sup>6</sup>. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). <sup>6</sup>. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est

invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. 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 malade, 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 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur 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). 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).

9. En l'espèce, il résulte des documents médicaux figurant au dossier que la recourante souffre depuis plusieurs années d'une grave dystonie cervicale avec un torticolis spasmodique. En outre, depuis 2005, elle présente un état dépressif suite à un épuisement professionnel, avec des attaques de panique. a) Sur le plan neurologique, les diagnostics retenus par les médecins neurologues traitants et l'expert, le Dr J\_\_\_\_\_, sont identiques, à savoir une dystonie cervicale sévère (torticolis spasmodique). Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr D\_\_\_\_\_ indique que la recourante présente une limitation physique majeure provoquée par la dystonie cervicale douloureuse, que les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance sont limitées en relation avec la douleur et la contracture cervicale ainsi que l'état dépressif, en tout cas depuis novembre 2006. Dans son rapport du 16 décembre 2010, le Prof. C\_\_\_\_\_ indique qu'il suit la patiente depuis 1999 et lui a administré un traitement de Botulinumtoxin (Botox), de telle sorte que la patiente a pu continuer à travailler. En 2006-2007, des symptômes psychiques, avec attaques de panique, sont survenus et depuis octobre 2009, la dystonie s'est de nouveau aggravée, avec un torticolis massif latéral gauche, ainsi qu'une dystonie de la musculature paravertébrale et du muscle pectoral gauches. Au regard de la symptomatologie, la patiente est sévèrement limitée. A cela s'ajoutent des difficultés psychiatriques qui sont en partie réactionnelles (signes de dépression et d'anxiété), à évaluer. L'expert neurologue, le Dr K\_\_\_\_\_, considère également que le torticolis spasmodique dans le cadre d'une dystonie sévère entraîne des limitations. Pour ce qui est de la capacité de travail, les médecins traitants (les Drs D\_\_\_\_\_, médecine interne, E\_\_\_\_\_, psychiatre, H\_\_\_\_\_, neurologue et psychiatre, ainsi que le Prof. C\_\_\_\_\_, neurologue) sont unanimes à considérer que la recourante est incapable de travailler à 100 % dans son activité habituelle depuis novembre 2006, respectivement janvier 2007, en raison de ses atteintes à la santé physique et psychique. Ils considèrent de surcroît qu'aucune autre activité n'est adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles. En effet, contrairement à ce que le SMR soutient, le Prof. C\_\_\_\_\_, en répondant à la question no. 6 du rapport du 31 octobre 2011, a en réalité voulu parler d'une incapacité de travail de 100% depuis le 1 er janvier 2007 et non pas d'une capacité de travail, ce qui ressort de ses autres observations (voir réponse à la question 5 :... « Eine Arbeitsfähigkeit in irgendeinem Beruf ist aufgrund dieser Behinderung nicht mehr zumutbar »), ainsi que de ses différents rapports médicaux. Ce point a d'ailleurs été relevé par l'expert neurologue. Le Dr K\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 14 décembre 2012, a noté à l'examen neuropsychologique notamment un score hautement significatif de la lignée anxio-dépressive, un fléchissement en mémoire antérograde verbale, une altération des capacités attentionnelles et un défaut d'incitation non verbale et d'inhibition sans autre altération des fonctions exécutives. Sur le plan neurologique, l'expert considère que la capacité de travail comme conseillère en marketing ou toute autre

activité de bureau est limitée à 50 %, sans tenir compte des éléments psychiatriques, à raison de 4 heures par jour, si possible fractionnées. Une activité plus physique serait encore plus sévèrement limitée de 80 à 100 %. Selon l'expert, il n'y a pas d'autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail est justifiée médicalement depuis 5 ans environ. Le pronostic est celui d'une stabilité ou d'une péjoration ultérieure. Force est ainsi de constater que l'expert neurologue estime la capacité de travail à 50 % en indiquant expressément que son appréciation ne tient pas compte de l'aspect psychiatrique, qu'il convient d'évaluer, alors que les médecins traitants prennent en compte l'ensemble des atteintes à la santé, à la fois sur le plan somatique et psychique, pour conclure à une incapacité de travail totale dans toute activité. Il convient d'examiner quelles sont les conclusions des médecins psychiatres, respectivement de l'expert psychiatre. b) Du point de vue psychiatrique, la chambre de céans constate qu'aussi bien les diagnostics posés que l'évaluation de la capacité de travail par les psychiatres ne sont pas concordants. Dans ses rapports adressés à l'intimé en date des 15 mars et 15 septembre 2011, le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, qui a suivi la recourante depuis le mois d'avril 2007, pose le diagnostic d'état dépressif récurrent d'intensité moyenne d'épuisement professionnel, avec syndrome somatique et attaques de panique. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance sont limitées. L'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle, qui n'est plus exigible, et il n'y a pas d'activité adaptée. En revanche, selon un certificat médical daté du 28 novembre 2007 destiné à l'assureur perte de gain, le psychiatre traitant indique que la recourante peut reprendre une activité professionnelle à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007. Enfin, lors d'un entretien téléphonique avec l'expert I\_\_\_\_\_-VIRET en date du 12 mars 2012, le psychiatre traitant indique qu'il avait signé un arrêt de travail à 100 % d'août 2007 à fin novembre 2007, puis plus, car la patiente n'avait plus d'activité professionnelle. Interrogé par l'expert psychiatre sur la capacité de travail, alors que le suivi avait cessé le 19 octobre 2010, avec une consultation encore le 10 février 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ indique « je pense qu'elle aurait eu une capacité de travail si elle avait eu une activité. Concernant son activité indépendante, cela me semble difficile vu son manque de punch ». La chambre de céans constate que les appréciations du Dr E\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail sont pour le moins contradictoires. Le Dr G\_\_\_\_\_, expert mandaté par l'assureur perte de gain, diagnostique le 19 juillet 2007, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, bien que ce dernier ne soit pas tout à fait clair. Il ne fait pas état d'attaques de panique avant le mois de novembre 2006. Il a évalué la capacité de travail à 50 %, car l'expertisée peut mener à bien une bonne partie de ses activités habituelles ; cette capacité pourrait s'avérer pleine et entière après un traitement bien conduit. Une activité adaptée n'entre pas en ligne de compte, car l'état dépressif d'intensité moyenne la prétérite tant physiquement que psychologiquement. Là aussi, les conclusions de cet expert sont incomplètes, dans la mesure où le diagnostic n'est pas clairement établi, qu'il ne se prononce pas clairement sur les limitations fonctionnelles et qu'il évalue la capacité de travail à 50 % en se référant aux « activités habituelles », sans autre précision. L'expertise précitée ne saurait ainsi revêtir pleine valeur probante. De son côté, le Dr H\_\_\_\_\_, neuropsychiatre, explique dans son rapport du 29 novembre 2011 qu'il suit la recourante à sa consultation depuis 1993. Il signale des premières attaques de panique en 1972 et 1990, une péjoration de la symptomatologie due à la dystonie, de même que du point de vue psychique en 2007 et 2008. En 2009, il note une aggravation, avec attaque de panique. Depuis début 2011, elle ne présente plus d'épisode dépressif sévère. Les limitations fonctionnelles d'ordre cognitif sont notamment les capacités de concentration et de résistance. Il pose le diagnostic de trouble

dépressif récurrent, actuellement de degré moyen, avec trouble panique. Selon ce médecin, l'incapacité de travail est durable depuis début 2007. Mandatée pour expertise, la Dresse I\_\_\_\_\_ retient dans son rapport du 19 mars 2012 le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Selon l'expert, un trouble dépressif récurrent ne peut être retenu, car il s'agit du même épisode dépressif et non de plusieurs épisodes entrecoupés de périodes de rémission. Les attaques de panique sont présentes, mais épisodiques. Les limitations fonctionnelles sur le plan psychique sont les suivantes : abaissement de la thymie, anhédonie, ralentissement psychomoteur, difficultés à se concentrer et à soutenir son attention et réduction des capacités d'adaptation et d'apprentissage. L'expert estime que ces limitations interfèrent de 50% depuis novembre 2006 dans l'activité de consultante en marketing, soit 4 heures par jour, fractionnées si nécessaire, et de 30 % dans une activité adaptée, nécessitant peu de stress et de responsabilité. A la fin de son rapport, l'expert indique que d'autres activités sont exigibles de la part de l'assurée, pour autant qu'elles s'exercent dans un premier temps à 70% dans une activité avec absence de stress, de responsabilité, d'adaptabilité et de concentration. La chambre de céans relève en premier lieu que les explications de l'expert quant au diagnostic apparaissent contradictoires ; en effet, il s'agirait d'un même épisode dépressif, alors qu'en page 15 de son rapport, elle note que la recourante a présenté en avril 2005 un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive ayant nécessité un arrêt de travail d'un mois. Elle n'explique pas non plus pour quelle raison elle s'écarte du degré de sévérité relaté par le Dr H\_\_\_\_\_ depuis 2007, alors que les limitations fonctionnelles sont pratiquement les mêmes. Concernant la capacité de travail, l'expert l'estime à 50 % dans l'activité habituelle. Or, au vu du cahier des charges de la recourante et de la description des tâches décrites de manière détaillée par l'employeur dans son certificat de travail du 25 janvier 2008, l'activité habituelle de la recourante était à l'évidence celle d'un cadre supérieur hautement qualifié, exerçant des responsabilités dans plusieurs domaines, soit une activité exigeante nécessitant une grande force de travail. Au regard des seules limitations psychiques, on peine à comprendre les conclusions de l'expert, en contradiction avec ses propres constatations. Il en va de même en ce qui concerne l'exigibilité dans une activité adaptée (50 % ? 70 % ?). Ces contradictions sont propres à jeter le doute quant à la valeur probante de l'expertise. Enfin, la chambre de céans relève que les deux experts mandatés par l'intimé se sont prononcés séparément sur les atteintes à la santé et sur la capacité de travail, chacun au regard de sa spécialité. Il n'y a pas eu d'expertise pluridisciplinaire, ni même un consilium entre les experts pour évaluer de manière globale quelles sont les répercussions des atteintes à la santé somatiques et psychiques sur la capacité de travail de la recourante. Quant au problème oculaire, à savoir l'absence de vision centrale de l'œil gauche qui aurait déjà entraîné des chutes, on ignore s'il implique des limitations et quelles en sont les conséquences sur la capacité de travail. Aucun médecin ne s'est prononcé à cet égard. De surcroît, l'aggravation signalée depuis environ deux ans par le Prof. C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 octobre 2013, à savoir une dystonie musculaire du visage, des tremblements de la tête (Kopftremor), des migraines avec aura entraînant de sévères limitations et une incapacité de travail totale dans toute activité, n'a pas été discutée par l'intimé. Quoiqu'il en soit, au regard des limitations physiques et psychiques, l'activité antérieure n'apparaît plus exigible et c'est à tort que l'intimé a retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé présentées par la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail, notamment sur

le plan de l'exigibilité dans une activité adaptée. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin que les experts se prononcent sur toutes les atteintes à la santé présentées par la recourante et leur évolution depuis novembre 2006, qu'ils décrivent les limitations fonctionnelles et se prononcent, en consilium, sur la capacité de travail résiduelle. 10. Une fois fixé sur la capacité de travail, il conviendra de procéder au calcul du degré d'invalidité conformément à l'art. 16 LPGA (cf. art. 28 a LAI) et de comparer le revenu que la recourante aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il sied de rappeler que 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 (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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). En l'occurrence, le moment de la survenance de l'invalidité est novembre 2007, conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, date à laquelle la rente d'invalidité a pris naissance. La comparaison des gains devra ainsi s'effectuer en 2007. Dans la mesure où l'activité habituelle de cadre supérieur n'apparaît plus exigible, comme vu supra, et pour autant qu'il subsiste une capacité de travail résiduelle dans une activité lucrative adaptée – que l'intimé devra définir –, il conviendra de procéder à la comparaison des gains. Dans ce cadre, l'intimé devra notamment instruire la question du salaire sans invalidité, au vu des différences relevées entre les CI, les renseignements communiqués par l'employeur et les chiffres ressortant des déclarations de salaires annuelles. Pour le surplus, la recourante ayant déposé sa demande de prestations le 13 janvier 2011 seulement, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé la rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011, soit au plus tôt à l'échéance du délai de six mois dès le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI, nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision AI], en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 11. Au vu des considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis, la décision annulée en tant qu'elle fixe le degré d'invalidité à 50 % et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 12. La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée à CHF 1'500.- (art. 62 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS/GE E 5 10.03). Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :