

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3251/2014

ATAS/872/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 novembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1956, mère de quatre enfants, est vétérinaire et exploite un cabinet avec son compagnon depuis 1984.
2. Le 16 février 1993, elle a été hospitalisée en raison de céphalées importantes apparues dans le cadre d'un état fébrile ; une virose a alors été diagnostiquée. Des troubles de la concentration sont apparus par la suite (cf. rapport du 23 mars 1993 du docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie).
3. Le 22 mars 1994, le Dr B_____ a conclu à des troubles des fonctions supérieures et à un syndrome de fatigue chronique d'origine post-infectieuse. Son pronostic à long terme était favorable.
4. Un examen neuropsychologique réalisé en décembre 1994 n'a révélé aucun élément pathologique, hormis la fatigabilité évidente de l'assurée.
5. En octobre 1994, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
6. Selon un rapport du docteur C_____ du 13 janvier 1995, l'assurée souffrait d'un syndrome d'allure virale accompagné d'un état confusionnel. Sa capacité de travail était nulle depuis le 12 février 1993.
7. Dans un rapport du 28 avril 1995, le Dr B_____ a dit avoir constaté une amélioration de l'état de l'assurée, qui pouvait travailler deux à trois demi-journées par semaine. Elle était cependant plus lente dans tout ce qu'elle faisait et souffrait de lancées douloureuses dans les membres supérieurs.
8. Le 2 octobre 1995, le Dr B_____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 16 février 1993 au 19 septembre 1994, de 90% du 19 septembre (*sic*) au 31 décembre 1994, de 75% du 1^{er} janvier au 15 février 1995, de 50% du 15 février au 15 mai 1995 et de 30% dès le 15 mai 1995. Le neurologue a fixé « arbitrairement » la reprise professionnelle à 70% au 15 mai, même si ce taux ne correspondait pas aux 70% que l'assurée effectuait auparavant.
9. Par décision du 21 février 1997, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière dès le 1^{er} février 1994, basée sur un degré d'invalidité de 75%.
10. Le 25 avril 1997, l'assurée a signalé une amélioration de sa situation à l'OAI : l'incapacité de 75% était désormais surestimée, de sorte qu'elle invitait l'OAI à mettre un terme au versement de la rente.
11. Un examen neuropsychologique réalisé le 6 mai 1998 s'est révélé dans la norme, malgré la persistance de signes de fatigabilité importants et de difficultés à soutenir un effort intellectuel prolongé. Selon le neuropsychologue, l'assurée travaillait

désormais à 100%, mais il était clair qu'elle n'avait plus le même rendement. Il n'y avait pas d'invalidité à prévoir.

12. Dans un rapport du 11 mai 1998, le Dr B_____ a confirmé que l'assurée travaillait à 100% depuis novembre 1996.

Par décision du 28 octobre 1999, l'OAI a supprimé la rente avec effet au 31 mai 1997, les revenus de l'assurée en 1997 étant supérieurs à ceux réalisés avant l'atteinte à la santé.

13. En janvier 2006, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation (sa voiture a été heurtée à l'arrière).

14. Le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale le 13 juin 2006, qui s'est révélée sans anomalie notable.

15. Dans un rapport du 21 juin 2006, le Dr B_____ a fait état de troubles attentionnels à la suite d'un traumatisme de décélération cervicale, de possibles hypersomnies post-traumatiques, de douleurs et d'une dysfonction radiculaire post-traumatique.

16. L'examen neuropsychologique réalisé le 15 septembre 2006 a mis en évidence un déficit important en attention en doubles tâches et des difficultés de planification. Le reste du tableau clinique était dans la norme. La fatigue et les douleurs physiques pouvaient par ailleurs intensifier certaines difficultés. L'atteinte était de gravité légère à modérée, le tableau compatible avec les séquelles d'un *whiplash*.

17. Dans un rapport du 28 juillet 2006, le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué avoir été consulté par l'assurée en date du 26 janvier 2006. L'intéressée avait rapporté deux accidents : lors du premier, survenu le 23 novembre 2005, elle s'était heurtée le crâne en refermant le hayon de sa voiture ; depuis, elle avait constaté l'exacerbation de douleurs aux coudes, ainsi que des troubles du sommeil ; le second était survenu le 11 janvier 2006, lorsque la voiture qu'elle conduisait avait été heurtée à l'arrière ; elle avait immédiatement ressenti des douleurs thoraciques et dorsales, puis des nausées et, deux jours plus tard, une augmentation de son asthénie préalable et des cervicalgies ; elle souffrait depuis lors de troubles de la mémoire et de la concentration affectant sa capacité de travail. Elle ne prodiguait plus de soins aux animaux, mais se cantonnait à quelques tâches administratives, à temps très partiel. Le Dr E_____ estimait sa capacité de travail à 20%.

18. L'assurance-vie de l'assurée a confié au Centre d'expertises médicales (CEMed) le soin d'examiner le lien de causalité entre l'accident de janvier 2006 et les troubles de l'assurée. Les docteurs F_____, spécialiste FMH en neurologie et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, assistés de Madame H_____, neuropsychologue, ont rendu leur rapport en date du 9 mars 2007.

De l'anamnèse, il ressortait que l'assurée avait relaté avoir ressenti, immédiatement après l'accident, des douleurs sternales transfixiantes s'accompagnant d'un manque de souffle, puis, dans les heures qui avaient suivi, une importante fatigue, des difficultés de langage et une somnolence et, le lendemain, des brachialgies bilatérales avec une limitation de la mobilité des coudes ainsi qu'une raideur cervico-dorsale. L'assurée disait avoir ensuite dormi pratiquement tout le temps pendant trois mois. Elle présentait un manque de notion du temps, ainsi que des troubles de l'attention et de la concentration. L'assurée se plaignait de douleurs céphaliques, de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire avec des difficultés de lecture. Elle décrivait son état comme fluctuant. Sa situation s'était améliorée, mais elle restait incapable de travailler, se rendant à son cabinet irrégulièrement, avec une durée de présence ne dépassant pas une heure et demie le matin. Son moral était bon dans l'ensemble.

L'expert neurologue a décrit l'assurée comme logorrhéique et digressive, mais précise dans ses déclarations. Elle ne donnait pas l'impression d'une fatigabilité ni d'une somnolence lors de l'entretien et de l'examen. Le status neurologique s'était révélé entièrement normal, avec une bonne préservation de la mobilité de la nuque, aucune limitation des différents mouvements au niveau des membres supérieurs et aucun signe d'atteinte du système nerveux central et périphérique.

Le psychiatre a quant à lui également noté une mauvaise structure de la pensée et du discours, ainsi qu'un fond anxieux avec des crispations plutôt que de vraies angoisses. Il n'a constaté ni élément relevant du registre psychotique, ni indice de trouble de la personnalité. En revanche, il a émis l'avis qu'il était vraisemblable que le fonctionnement de base soit de type hyperactif, perfectionniste et contrôlant. Dans l'ensemble, l'assurée paraissait cependant moins invalidée qu'elle ne le pensait. L'examen neuropsychologique avait révélé une anosognosie et une fatigabilité après deux heures d'examen. L'assurée se plaignait de troubles attentionnels et d'une autonomie partielle dans les activités de la vie quotidienne. Selon la neuropsychologue, les temps de réaction étaient ralentis et fluctuants et il existait une perturbation de l'attention divisée et de la mémoire de travail. L'attention sélective et soutenue était dans les normes, bien qu'on observât une baisse de rendement durant le test. La mémoire de travail était déficitaire. Le raisonnement était dans les normes supérieures.

Il n'existait pas d'élément en faveur d'une affection malade significative du système nerveux central. En janvier 2006, l'assurée avait subi une distorsion cervicale simple de degré I, éventuellement II, selon la Québec Task Force, sans aucun indice permettant de conclure à un traumatisme crânio-cérébral associé (absence de choc crânien, de perte de connaissance, ou encore d'amnésie circonstancielle). Les plaintes de l'assurée dans les suites de l'accident étaient habituellement retrouvées dans le cadre d'un syndrome post-distorsion cervicale (cervico-céphalalgies, fatigue, difficultés de langage, troubles de la mémoire et de la concentration). Par contre, certains éléments, notamment l'importante

somnolence présentée durant trois mois après l'accident, l'importance actuelle des troubles de la mémoire et de la concentration et leurs répercussions sur l'activité personnelle et professionnelle de l'assurée différaient des conséquences habituelles ainsi que de l'évolution naturelle de ce type de traumatisme selon la littérature et l'expérience des experts. Si l'on pouvait admettre, un an après l'accident, la persistance de quelques plaintes (cervico-céphalalgies modérées, troubles de l'attention et de la concentration, fatigabilité), il n'était pas possible de conclure à une relation de causalité naturelle probable ou certaine entre l'événement accidentel du 11 janvier 2006 et l'importance des plaintes actuelles et leur incidence sur la capacité de travail.

Certes, au plan neuropsychologique, les troubles modérés de l'attention et de la mémoire de travail (double-tâche) étaient en relation de causalité probable avec l'accident du 11 janvier 2006. Le tableau était superposable aux évaluations neuropsychologiques des 18 et 21 août 2006, que l'assurée avait fournies aux experts. Il était prématuré de définir une capacité de travail définitive, les troubles neuropsychologiques n'étant pas encore stabilisés. Néanmoins, les troubles neuropsychologiques subsistant devaient permettre une capacité de travail de 70% (ou de 100% avec une diminution de rendement de 30%).

Au plan psychique, l'assurée n'avait pas de plaintes spontanées. Son récit était quelque peu contradictoire par rapport à celui fait à l'expert neurologue concernant l'apparition des symptômes douloureux, cette différence étant difficilement explicable. Aucun trouble de l'humeur n'était perceptible au cours de l'examen. L'assurée frappait plus par son comportement que par des troubles psychiques au sens strict. Il était probable qu'il s'agisse d'une personnalité à tendance hyperactive, au fonctionnement de base à un bon niveau. L'accident - en soi banal dans sa dynamique - avait provoqué quelques troubles neuropsychologiques, anxigènes au vu de la personnalité perfectionniste et vraisemblablement mal gérés. Les facteurs anxieux, au travers des troubles attentionnels notamment, avaient probablement amplifié le comportement fait de digression et de difficultés de structuration. Le tableau présenté signalait un trouble de l'adaptation qui ne pouvait pas être mis en relation de causalité avec l'accident, mais était en relation avec la personnalité prémorbide. Il n'existait aucune séquelle ou trouble psychique secondaire à l'accident, la capacité de travail était complète.

En conclusion, un an après l'événement accidentel, la persistance de quelques symptômes somatiques ou neuropsychologiques était possible. Il n'était par contre pas possible d'admettre une relation de causalité naturelle probable ou certaine avec l'importance des plaintes actuelles et leurs répercussions sur la capacité de travail. Les experts admettaient ainsi globalement une capacité de travail réduite à 70%, soit une capacité de 100% avec une diminution de rendement de 30%, cette capacité réduite étant en relation de causalité probable avec l'accident, étant précisé que cette capacité devait augmenter dans les mois suivants jusqu'à atteindre 100%.

L'impression subjective de l'assurée que son incapacité était plus importante était liée à des facteurs étrangers à l'évènement.

Au point 7 de leur rapport, les experts ont encore noté :

« Comme mentionné plus haut, [l'assurée] affirme présenter actuellement une incapacité de travail complète bien que se rendant à son poste de travail une heure et demie environ par jour (mais pas tous les jours), apparemment sans aucune efficacité selon elle. Néanmoins, sur la base de l'évolution habituelle du type de traumatisme subi, il n'est pas possible d'admettre une incapacité de travail significative au-delà d'une période de 6 mois à partir de l'évènement accidentel. Nous considérons donc que, en ce qui concerne les seules suites de l'évènement accidentel, [l'assurée] présente actuellement une capacité de travail médico-théorique de 70 %.»

19. A la demande, de l'assurance-vie, ce point a été corrigé en date du 23 avril 2007 comme suit :

« Comme mentionné plus haut, [l'assurée] affirme présenter actuellement une incapacité de travail complète bien que se rendant à son poste de travail une heure et demie environ par jour (mais pas tous les jours), apparemment sans aucune efficacité selon elle. Néanmoins, sur la base de l'évolution habituelle du type de traumatisme subi, il n'est pas possible d'admettre une incapacité de travail significative au-delà d'une période de 6 mois à partir de l'évènement accidentel pour des causes neuropsychologiques pures. Nous considérons que, en ce qui concerne les seules suites de l'évènement accidentel, [l'assurée] présente actuellement une capacité de travail médico-théorique de 70% du point de vue neuropsychologique. Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. La capacité de travail devrait être totale à fin juin 2007.»

20. Le 7 mai 2007, le Dr E_____ s'est déterminé sur ce rapport d'expertise, à laquelle il a reproché quelques incohérences : en particulier, dans leurs conclusions, les experts mentionnaient initialement qu'il n'était pas possible d'admettre une relation de causalité naturelle probable ou certaine entre les plaintes subsistant et l'accident du 11 janvier 2006, alors qu'ils affirmaient quelques lignes plus loin que les troubles neuropsychologiques étaient en relation de causalité probable avec l'accident. Cette contradiction faisait douter de l'exactitude de la capacité de travail de 70 % telle que retenue par les experts, qui ne correspondait de toute évidence pas à l'état clinique de l'assurée. Selon le Dr E_____, cette dernière ne disposait pas des capacités intellectuelles qui devaient être les siennes auparavant pour assumer son activité fort qualifiée. En outre, la neuropsychologue avait superposé son évaluation à deux évaluations antérieures réalisées en août 2006 par la thérapeute de l'assurée. Le fait que le tableau clinique soit inchangé confirmait la stabilité des difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours par cette dernière.
21. Le 18 septembre 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

22. Son dossier a été soumis au docteur I _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui, en février 2008, a relevé que l'expertise évoquait des digressions, qu'il y avait lieu d'exclure un diagnostic d'alcoolisme, que l'expertise ne se prononçait pas sur une relation de causalité naturelle et un trouble de l'adaptation consécutif à l'accident de 2006 et que la discordance relevée par le Dr E _____ pouvait être imputable à une faute de frappe, dans la mesure où les troubles étaient considérés comme modérés et entraînaient une incapacité de travail de 30%. Des investigations supplémentaires étaient de mise.
23. Le 15 juillet 2008, le Dr B _____ a conclu à la persistance de troubles cognitifs, que l'assurée parvenait mieux à gérer. Elle devait pour l'heure rester à un rythme de 50% au maximum, avec toutefois un rendement diminué. Le travail réalisé avec la neuropsychologue touchait à son terme.
24. Dans son rapport final de prise en charge du 30 juillet 2008, Madame J _____, neuropsychologue, a noté que le traitement avait aidé l'assurée à prendre conscience de ses possibilités et de ses limites tant physiques que cognitives, et à apprendre à vivre avec elles. Une évaluation de sa qualité de vie en début et en fin de traitement montrait des scores ayant évolué positivement. Malgré les effets positifs de la prise en charge, l'assurée conservait des séquelles de son accident, en termes de résistance physique et cognitive notamment : elle devait toujours faire des siestes, était incapable de rester concentrée pendant une longue période, se dispersait rapidement et ne pouvait faire plusieurs choses en même temps. Elle en était consciente et adoptait des stratégies plus ou moins efficaces pour pallier à ces difficultés. Elle disposait de ressources importantes pour gérer ses séquelles.
25. Dans un rapport du 21 septembre 2008, le Dr B _____ a conclu à des troubles attentionnels sur *whiplash* et à une fatigue de même origine, avec un pronostic partiellement favorable. Il a attesté d'une incapacité de travail de 50% depuis le 5 juin 2008, avec un rendement diminué d'environ 20% et a émis l'avis que l'on pouvait s'attendre à une reprise du travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2009. Les capacités de concentration, d'adaptation et la résistance étaient limitées. Il y avait lieu de respecter les siestes.
26. Le docteur K _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a procédé à l'expertise de l'assurée à la demande de l'assurance-accidents.

Dans son rapport du 29 août 2007, établi sur la base du dossier médical de l'assurée et d'entretiens avec ses médecins traitants, le Dr K _____ a retracé l'anamnèse. Dans ce contexte, il a noté que l'assurée travaillait désormais trois demi-journées par semaine. Elle se disait efficace si une autre personne était présente pour corriger ses erreurs. Depuis la prise de Ritaline® en août 2007, son efficacité s'était considérablement améliorée. Elle avait prévu de reprendre les soins de manière plus importante, mais elle avait néanmoins décidé de confier la partie administrative à un tiers. Elle ne se sentait pas capable de travailler en raison des difficultés de

compréhension, de l'apparition de nausées, d'erreurs et de son besoin de repos. Au plan psychique, l'assurée mentionnait une irritabilité et le fait d'être souvent insistante auprès d'autrui, mais pas d'autres modifications. Elle se disait incapable de trier des objets ou des listes, de faire des courses à l'aide d'une liste ou de mener une tâche à son terme. Elle ne pouvait anticiper des tâches ni gérer plus de trois choses à la fois et devait s'aider de sonneries pour ne pas manquer ses rendez-vous. Elle n'arrivait pas à retrouver son « rôle d'avant ». Elle subissait parfois un « coup de blues » pouvant durer une demi-heure, une fois tous les 15 jours environ. L'assurée ne s'adressait pas de reproches en particulier et indiquait une confiance en elle fluctuante. Elle n'avait pas d'idées suicidaires. Elle signalait une diminution des troubles de la concentration, en particulier grâce au nouveau traitement, mais la persistance de troubles de la mémoire immédiate. Bien qu'elle se dise tendue, elle ajoutait ne pas se sentir angoissée.

A l'examen, le Dr K_____ a constaté l'absence de tristesse, de pleurs ou d'un discours systématiquement négatif, malgré un découragement face aux difficultés. La pensée et le débit verbal étaient accélérés. Il y avait une tension et une anxiété légères. Le discours était riche, informatif, mais digressif. Une fatigabilité était apparue après deux heures d'entretien. La vigilance était légèrement accrue et l'attention légèrement diminuée, mais l'expert notait l'absence de troubles de la concentration. Il n'y avait pas de troubles évidents de la mémoire à long terme, alors que les événements récents étaient restitués avec moins de facilité. L'assurée ne présentait ni anhédonie, ni retrait social et sa capacité de projection dans l'avenir était conservée.

A l'issue de son examen, l'expert a retenu le diagnostic de trouble mental, sans précision (F 99). Il a fait remarquer que la personnalité à tendance hyperactive et aux traits contrôlants et perfectionnistes évoquée par le Dr G_____ dans son expertise n'était pas une personnalité pathologique au sens des critères de la CIM-10. En effet, l'assurée n'avait pas présenté un dysfonctionnement durable des conduites ou de l'expérience vécue au point de dévier de la norme, donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel ou social, ou à une souffrance significative. Cela se reflétait dans sa stabilité professionnelle et affective. Il n'y avait pas non plus eu de modification de la personnalité après l'accident (absence d'attitude d'hostilité permanente, absence de retrait social, de sentiment constant de vide ou de désespoir, absence de sentiment permanent d'être changé ou d'être différent des autres, absence d'engourdissement émotionnel).

Quant au diagnostic de trouble de l'adaptation, également retenu par le Dr L_____, il était constitué par la survenance de symptômes au cours du mois suivant l'exposition à un facteur de stress psychosocial identifiable et ne persistait habituellement guère au-delà d'une durée de six mois. Un an et demi après l'accident, il n'était plus possible de retenir ce diagnostic selon les critères de la CIM-10. L'anxiété de l'assurée n'était que légère et non permanente. Elle n'était

pas à l'origine d'une déstructuration psychique. Elle était en outre insuffisamment marquée pour expliquer les troubles de l'attention et la dispersion psychique.

Désormais, l'assurée ne présentait pas de symptomatologie clinique sur le plan psychiatrique susceptible d'être intégrée dans une entité nosologique d'une classification reconnue. Elle souffrait de troubles de l'attention, d'une atteinte de la mémoire de travail, d'une fatigabilité et d'une dispersion psychique. Cela constituait une symptomatologie disparate, raison pour laquelle le diagnostic de trouble mental, sans précision (F 99) était posé.

Selon Madame J_____, la dispersion psychique n'était pas une conséquence des troubles de l'attention, mais constituait un symptôme à part qui coexistait avec les troubles neuropsychologiques purs. En tout état de cause, ce symptôme avait une influence sur la capacité de travail, en ce sens qu'au cours de l'examen psychiatrique, beaucoup d'efforts avaient été déployés pour ramener l'assurée au sujet abordé.

L'expert a relevé que l'examen neuropsychologique réalisé dans le contexte de l'expertise du 9 mars 2007 avait conclu à des troubles modérés de l'attention et de la mémoire de travail. A l'époque, il avait été considéré que les troubles neuropsychologiques étaient à l'origine d'une diminution du rendement de 30% et la capacité de travail globale avait été fixée à 70%. Or, cela ne tenait pas compte de la dispersion psychique et des conséquences importantes des troubles neuropsychologiques, pourtant légers à modérés, dans l'accomplissement de tâches. Madame J_____ ne se ralliait pas à l'appréciation de sa consœur de la diminution du rendement. Selon elle, la capacité de travail globale se situait actuellement à 30% environ. Le Dr B_____ estimait également la capacité de travail à ce taux. Le Dr K_____ était quant à lui d'avis, au vu de la fatigabilité apparue après deux heures d'entretien, que l'assurée n'était à peu près efficace que pendant deux heures. Il était possible qu'au cours des deux heures suivantes, une activité résiduelle puisse être effectuée, mais de manière réduite. Par contre, on pouvait raisonnablement exiger que l'assurée se rende à son travail tous les jours de la semaine. Partant, la capacité de travail n'excédait pas 30% (4 h./jour avec un rendement de 60%).

Le Dr G_____ avait indiqué que l'assurée semblait moins invalidée qu'elle ne le pensait, sans développer cette affirmation. L'amélioration notable amenée par la Ritaline® n'était que légère et il était encore trop tôt pour se prononcer sur l'effet de ce nouveau traitement, dont il n'était pas certain qu'il puisse être maintenu à long terme. Aucune autre activité n'était exigible, car les limitations fonctionnelles se manifesteraient de manière identique. Si l'assurée était à même de réaliser des tâches simples et répétitives correctement sur une durée plus longue, une telle activité ne correspondait pas à son niveau d'instruction et mènerait à la manifestation de symptômes dépressifs en raison de l'atteinte à l'estime de soi si elle lui était imposée.

27. Interpellé par le SMR sur les contradictions relevées dans l'expertise du CEMed, le Dr G_____ a expliqué, par courrier du 1^{er} octobre 2008, que la neuropsychologue, en retenant un lien de causalité probable entre l'accident et les troubles, n'avait pas étayé son appréciation, qui était ainsi apparue plus fragile et moins pertinente que celle du neurologue, voire non convaincante. En définitive, il fallait retenir l'absence de lien de causalité entre les troubles de l'assurée et l'accident.
28. Par courrier du 17 février 2009, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI qu'il n'avait pas de soupçon pour alcoolisme inavoué et n'avait réalisé aucun examen dans ce sens.
29. Le 17 mars 2009, le Dr B_____ a qualifié la situation de stable depuis 2008.
30. A la demande de l'OAI, le Dr E_____ a précisé à son tour, en date du 26 février 2009, n'avoir aucun soupçon pour un alcoolisme chronique chez l'assurée.
31. Le 5 mai 2009, le Dr I_____ s'est déterminé. Il a noté que l'expertise neuropsychologique faite au CEMed ne permettait pas, au vu des troubles de mémoire et de l'attention définis comme non probables par le neurologue puis comme probables par la neuropsychologue, de justifier une incapacité de travail aussi importante. Le Dr K_____ s'écartait d'ailleurs de cette expertise. Il n'y avait *a priori* pas de raison de douter de l'évaluation du Dr B_____, fixant la capacité de travail à 30%. Partant, il fallait conclure, selon le Dr I_____, à une incapacité de travail de 70% de janvier 2006 à décembre 2008 et de 50% dès le 1^{er} janvier 2009.
32. Selon les comptes transmis à l'OAI en date du 20 mai 2009, le cabinet vétérinaire de l'assurée et de son compagnon a réalisé un bénéfice de CHF 346'888.52 en 2006 et de CHF 365'173.52 en 2007.
33. Le Dr E_____ a attesté, en date du 17 mai 2009, d'une capacité de travail de 30% depuis août 2007. Il y avait peu de changement depuis novembre 2008. Il avait été renoncé à la Ritaline® en raison de son inefficacité.
34. Le 13 août 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier tout droit aux prestations au motif qu'elle ne lui avait pas communiqué toutes les données comptables la concernant malgré plusieurs demandes en ce sens.
35. Le 31 août 2010, l'assurée s'est opposée à ce projet en invoquant des complications dans l'établissement de sa situation comptable en raison de son accident. Selon elle, ses capacités professionnelles étaient réduites à moins d'un quart de ce qu'elles étaient avant.
36. Le 6 octobre 2010, la fiduciaire de l'assurée a transmis à l'OAI les comptes du cabinet vétérinaire pour 2008 et 2009, faisant état d'un bénéfice de CHF 362'733.35 pour 2008 et de CHF 308'477.45 pour 2009.

37. Par courrier du 10 novembre 2010, l'assurée a expliqué à l'OAI que l'important chiffre d'affaires de son cabinet s'expliquait par le fait que son compagnon y avait travaillé jusqu'à 15 heures par jour pour pallier à son absence, d'une part, par une augmentation des tarifs de 10%, d'autre part. Elle tenait à disposition de l'OAI ses carnets de rendez-vous qui démontraient qu'elle recevait en consultation environ une heure par jour.
38. En 2010, le cabinet vétérinaire de l'assurée et de son compagnon a réalisé un bénéfice de CHF 320'463.39.
39. Ont alors été versés au dossier les extraits de compte individuel AVS de l'assurée, faisant état d'un revenu de CHF 190'985.- en 2005, de CHF 136'055.- en 2006, de CHF 123'595.- en 2007, de CHF 176'903.- en 2008 et de CHF 176'481.- en 2009.
40. Le 26 janvier 2012, l'assurée a en outre transmis à l'OAI un rapport sur l'analyse des comptes du cabinet vétérinaire réalisé par une fiduciaire à la demande de l'assurance-vie mentionnant que le cabinet avait engagé plusieurs personnes en 2006, que les bénéfices étaient partagés pour moitié entre l'assurée et son compagnon et qu'aucun préjudice économique n'était survenu, le chiffre d'affaires ayant même progressé en 2006.
41. Le 22 février 2012, l'assurée a fait observer que si les bénéfices du cabinet avaient été partagés pour moitié entre elle et son associé, c'était parce qu'ils faisaient ménage commun et avaient quatre enfants. La situation aurait été différente s'ils avaient été de simples associés. Il n'en demeurerait pas moins que sa capacité de travail s'élevait à 25% au plus.

A l'appui de ses dires, elle produisait un rapport sur l'activité de son cabinet entre 2006 et 2011, établi par une fiduciaire en date du 21 février 2012.

Selon ce document, l'activité médicale de l'assurée s'était considérablement réduite depuis 2006. Ses interventions s'élevaient à 13% du total pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2011. En prenant en compte ses activités de conseil aux aides et vétérinaires assistants et les tâches administratives, la capacité de travail de l'assurée pouvait être estimée au plus à 25%.

42. L'OAI a réalisé une enquête pour indépendant le 10 janvier 2012.

Dans son rapport du 23 février suivant, il a noté que l'assurée avait travaillé dans deux commissions officielles dès 1998. Elle avait cessé une de ces activités car elle n'arrivait plus à se concentrer et n'était plus que suppléante dans l'autre commission. S'agissant de son cabinet, la crise avait des effets sur les demandes de soins. Avant son atteinte à la santé, l'assurée travaillait 50 heures par semaine, gardes comprises. Elle opérait durant deux heures, consultait six heures et se consacrait à la partie administrative une heure par jour. En septembre 2006, elle avait tenté d'assumer la partie administrative et avait peu à peu repris les soins. Elle avait cependant rencontré des difficultés. Elle travaillait désormais quatre heures

par jour, assurant trois consultations pour des soins simples uniquement. Son compagnon travaillait beaucoup, entre 14 et 15 heures par jour.

L'OAI a comparé les champs d'activité de l'assurée comme suit.

	pondération sans handicap	taux d'incapacité	incapacité pondérée
direction, gestion, administration	20 %	50 %	10 %
soins aux animaux	70 %	85 %	59.5 %
week-ends et gardes	10 %	100 %	10 %
		Total	79.5 %

L'OAI a relevé que le chiffre d'affaires était réalisé quasiment en totalité par le compagnon de l'assurée et que les bénéfices étaient partagés entre eux deux.

Le cabinet vétérinaire ne subissait pas de préjudice économique en raison de l'incapacité de travail de l'assurée, mais une comparaison des revenus ne pouvait être effectuée car sa baisse d'activité avait été compensée par son compagnon. De plus, différents facteurs étrangers à l'invalidité influençaient sur le chiffre d'affaires depuis 2007 (paiement comptant, conjoncture, aide non rémunérée etc.). Partant, seule la méthode extraordinaire pouvait être utilisée.

Il convenait d'établir les activités que l'assurée pourrait exercer et la possibilité de réduire le dommage. L'enquête révélait d'importantes contradictions entre l'exigibilité retenue par le SMR - soit 50% dans toute activité - et les déclarations de l'assurée, qui indiquait ne plus travailler qu'à raison de 20 heures par semaine avec une importante diminution de rendement. Le SMR devrait se déterminer sur les points de savoir si la baisse de rendement était justifiée par l'atteinte à la santé et si l'assurée pouvait entièrement assumer la part administrative de 20%.

43. Le 4 mai 2012, le docteur M_____, médecin au SMR, a préconisé d'interroger le médecin traitant.
44. Le 31 juillet 2012, le Dr E_____ a qualifié l'état de l'assurée de stationnaire. L'évolution était très modeste. La patiente souffrait encore d'hypersomnie, de troubles de la concentration et de l'attention et d'asthénie. La capacité de travail dans toute activité oscillait entre 30 et 40%.
45. Le 15 août 2012, le Dr M_____, comparant le tableau clinique du Dr E_____ avec l'expertise du CEMed de 2006, le complément du Dr G_____ de 2008 et le rapport du Dr B_____, a estimé qu'il y avait une très légère amélioration clinique, probablement sans influence sur la capacité de travail. Le taux indiqué par le Dr E_____ constituait simplement une appréciation différente. La capacité de travail était inchangée.
46. Par courrier du 10 octobre 2012, l'assurée a contesté les conclusions du SMR.

47. Le 22 octobre 2012, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assurée comme suit.

champ d'activité sans handicap	pondération sans handicap	incapacité de travail	salaire mensuel usuel	revenu annuel sans handicap (12 salaires)	perte annuelle de revenu due au handicap
direction	20 %	50 %	CHF 7'704.- ₁₎	CHF 18'490.-	CHF 9'245.-
soins aux animaux	70 %	50 %	CHF 6'531.- ₂₎	CHF 54'860.-	CHF 27'430.-
gardes et week-ends	10 %	50 %	CHF 6'531.- ₂₎	CHF 7'837.-	CHF 3'919.-
total	100 %	50 %		CHF 81'187.-	CHF 40'594.-

1) Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, TA7, ch. 20, niveau 2

2) ESS 2010, TA7, ch. 33, niveau 2

La comparaison entre le revenu hypothétique sans invalidité - CHF 81'187.- - et le revenu d'invalidité - CHF 40'594.- - aboutissait à une diminution de revenu de 50%.

48. Saisie par l'assurée, la Cour de céans, par arrêt du 27 février 2014 (ATAS/246/2014), a constaté que l'OAI avait commis un déni de justice et l'a invité à rendre une décision jusqu'au 31 mai 2014 : plus de six ans s'étaient écoulés depuis la demande de l'assurée ; si cette dernière avait contribué à allonger la procédure en tardant à remettre ses comptes, le retard dans la mise en œuvre d'une expertise était uniquement imputable à l'OAI.

49. L'OAI a mis sur pied une expertise neuropsychologique qu'il a confiée à Madame N_____, neuropsychologue, qui a rendu son rapport le 24 mars 2014.

Elle a relaté les plaintes de l'assurée, qui indiquait que, pendant le temps de travail du matin, soit deux heures, son rendement était diminué de moitié, voire des deux tiers, mais qu'elle avait constaté des progrès assez importants dans la seconde partie de l'année 2013.

A l'issue de son examen, la neuropsychologue a posé le diagnostic neuropsychologique fonctionnel de difficultés attentionnelles et séquelles de symptomatologie dysexécutive se marquant dans une tâche multiple nécessitant la poursuite d'un but selon une planification et une organisation autonomes, ainsi qu'une gestion temporelle et le recours à la mémoire de travail, et le diagnostic selon la CIM-10 d'autres troubles organiques spécifiés de la personnalité et du comportement dus à une maladie, une lésion ou un dysfonctionnement cérébral (F 07.8).

Elle a souligné que l'assurée avait collaboré activement et sans auto-limitation aux tests.

Les tests d'attention étaient dans la norme pour l'alerte phasique et la flexibilité. Ils étaient en revanche significativement ralentis pour l'attention divisée. La neuropsychologue constatait également des difficultés à un test complexe et l'effet désorganisant de la fatigue en fin d'épreuve. Ces difficultés corroboraient les

plaintes de l'assurée et étaient compatibles avec une diminution du rendement et ses compétences professionnelles.

Les séquelles décrites huit ans après un *whiplash* survenu lors d'un accident devaient être replacées dans le contexte de l'anamnèse de l'assurée, soit l'encéphalite virale de 1993. Une telle atteinte était en effet connue pour entraîner des altérations multiples, en particulier apathie, irritabilité ou réduction du fonctionnement cognitif. On pouvait supposer que le *whiplash* avait eu un effet cumulatif et qu'il était intervenu dans le contexte de ressources cognitives diminuées.

L'incapacité de travail au plan strictement neuropsychologique pouvait être fixée à 50% dans une activité de médecin-vétérinaire. Des progrès à long terme n'étaient pas exclus. Les troubles entraînaient des difficultés dans la gestion du temps et dans les doubles tâches, et une attention insuffisante dans les tâches complexes et exigeantes. Ces difficultés auraient également une incidence dans une tâche plus simple, comme par exemple une activité de secrétariat.

50. Le 19 mai 2013, la Dresse O_____, du SMR, a considéré que les conclusions du SMR du 15 août 2012 restaient valables.
51. Dans une note interne du 23 mai 2014, l'OAI a relevé que, selon la méthode extraordinaire, il y avait lieu de reconnaître, pour la période précédant janvier 2009, une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 70%.
52. Par décision du 25 septembre 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008 et une demi-rente ordinaire dès le 1^{er} janvier 2009, assortie de rentes complémentaires pour ses filles P_____, Q_____ et R_____. Le montant dû à titre rétroactif atteignait CHF 280'034.- ; son versement était suspendu dans l'attente d'éventuelles compensations liées au calcul de la surindemnisation ; une décision complémentaire portant sur la répartition du rétroactif serait rendue une fois les réponses des assurances reçues, qui réglerait également le droit aux intérêts moratoires.
53. Par écriture du 27 octobre 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'audition des Drs E_____ et B_____ et de Madame N_____ et à la mise en œuvre d'une expertise, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2007, assortie de rentes complémentaires dès janvier 2007 pour ses filles P_____ et Q_____, d'une rente complémentaire de janvier 2007 à juillet 2012 pour sa fille R_____, et d'une rente complémentaire de janvier 2007 à août 2010 pour sa fille S_____.

La recourante fait valoir que le Dr B_____ a indiqué en juillet 2008 que sa capacité de travail était de 50% avec un rendement réduit, que la fiduciaire dont elle a produit le rapport a conclu à une capacité de travail de 25% en analysant concrètement son travail et qu'en 2012, le Dr E_____ a estimé sa capacité de travail à 30 ou 40%. Elle allègue que les rapports établis par les Drs B_____ en juillet 2008, E_____ en novembre 2007 et K_____ en août 2007 établissent

que son incapacité de travail n'était pas de 50% mais de 70%. Quant au rapport de Madame N_____, il ne permet en aucun cas de retenir que sa capacité de travail a été de 50% dès 2009, puisque la neuropsychologue ne s'est pas prononcée pour le passé. Qui plus est, Madame N_____ a noté que sa capacité de travail était de deux heures le matin, ce qui ne correspond pas à un mi-temps

La recourante conteste en outre que l'amélioration constatée en automne 2013 entraîne une augmentation de sa capacité de travail à 50%.

Par ailleurs, la recourante s'étonne de ne pas se voir octroyer de rente complémentaire de janvier 2007 à août 2010 pour sa fille S_____ qui n'a fêté ses 25 ans qu'en août 2010, alors qu'elle était encore étudiante, ainsi qu'en atteste le diplôme de médecin qu'elle a obtenu en décembre 2010.

54. Le 6 novembre 2014, l'OAI a rendu une décision « annulant et remplaçant la décision du 25 septembre 2014 », aux termes de laquelle il a été constaté que le rétroactif dû à l'assurée après retenue en faveur de CSS Assurance SA s'élevait à CHF 224'829.-.
55. Par écriture du 7 novembre 2014, la recourante, constatant que cette nouvelle décision – rendue après l'échéance du délai de recours contre celle du 25 septembre 2014 – n'était pas simplement complémentaire à celle du 25 septembre 2014 mais qu'elle la remplaçait, a annoncé son intention de déposer un nouveau recours et sollicité l'octroi de dépens pour celui déjà interjeté.
56. Par courrier du 12 novembre 2014, la chambre de céans a fait savoir à la recourante que, dans la mesure où la nouvelle décision ne lui donnait pas satisfaction, il y avait lieu, par économie de procédure, de poursuivre la procédure déjà ouverte.
57. Par écriture du 8 décembre 2014, la recourante s'est référée aux arguments déjà développés dans son recours du 27 octobre 2014.
58. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 décembre 2014, a conclu au rejet du recours.

Il soutient que le rapport de Madame N_____ doit se voir accorder pleine valeur probante, d'autant que ses conclusions rejoignent celles du Dr B_____. Il considère que la situation médicale étant élucidée, c'est à bon droit qu'il a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle dès janvier 2009.

Quant aux rentes complémentaires, l'intimé renvoie à l'avis émis par la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) en date du 11 décembre 2014.

Selon la caisse, une rente complémentaire pourrait effectivement être versée pour S_____ jusqu'en août 2010, date à laquelle elle a atteint 25 ans, s'il devait être confirmé qu'elle a été en formation durant cette période. A cet égard, la recourante a été invitée à produire les attestations d'études y relatives.

59. Le 14 janvier 2015, l'intimé a déclaré persister dans ses conclusions.

60. Dans ses observations du 26 janvier 2015, la recourante a contesté que le Dr B_____ ait admis une capacité de travail de 50% dès janvier 2009.

Se référant aux rapports de ce médecin des 15 juillet 2008 et 21 septembre 2008, elle conteste toute amélioration de sa capacité de travail à compter du 1^{er} janvier 2009 et en veut pour preuve le fait que le Dr B_____ a qualifié la situation de stable en mars 2009.

S'agissant de sa fille S_____, la recourante précise qu'elle a été immatriculée à l'université de 2003 à février 2011 et produit à l'appui de ses dires une attestation de l'Université de Genève du 12 janvier 2015, confirmant l'inscription de sa fille du semestre d'automne 2003/2004 au semestre d'automne 2010/2011.

61. Le 17 février 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions quant au fond.

S'agissant de la rente complémentaire, il s'est référé à une détermination de la caisse du 12 février 2015.

La caisse y explique être dans l'attente du rassemblement des comptes individuels de la fille de la recourante.

62. Le 11 mars 2015, l'intimé a produit une nouvelle détermination de la caisse.

Dans ce document, la caisse reconnaît à la recourante le droit à une rente complémentaire pour sa fille S_____ de janvier 2007 à août 2010, correspondant à un montant de CHF 30'336.-.

La caisse relève que CSS Assurance SA, qui a requis la compensation d'un montant total de CHF 107'526.40 pour les avances fournies du 31 août 2007 au 30 juillet 2009, n'a été désintéressée qu'à hauteur de CHF 95'473.35 et que l'assurance a manifesté son intention de déposer une demande de compensation complémentaire.

63. Le 15 avril 2015, l'intimé a produit une nouvelle détermination de la caisse.

Celle-ci note que la rente complémentaire due pour S_____ s'élève à CHF 30'336.-, assortie d'intérêts à hauteur de CHF 5'549.-.

CSS Assurance SA ayant requis le remboursement d'un montant de CHF 12'053.40, la caisse le lui a versé par décision complémentaire du 16 avril 2015, le solde - CHF 23'832.- - restant dû à la recourante.

64. Le 20 avril 2015, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante en relevant que puisqu'elle avait obtenu gain de cause s'agissant de la rente complémentaire pour sa fille S_____, seule demeurait litigieuse la diminution de la rente à 50%. Il était annoncé qu'à défaut de nouvelles observations de la recourante, la cause serait gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis 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. La LPGA, la 5^{ème} révision de la LAI et le 1^{er} volet de la 6^{ème} révision de la LAI sont entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2003, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité.

La législation en vigueur en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). En l'espèce, le droit aux prestations doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 pour la période courant jusqu'à cette date, puis en tenant compte des modifications législatives entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008. Cela étant, la LPGA n'a modifié ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 229/05 du 3 mai 2006 consid. 1.2). La 5^{ème} révision n'a pas non plus amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

En ce qui concerne la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 130 V 90 consid. 3.2).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 417/05 du 28 septembre 2006 consid. 1.1).

Conformément à l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération *pendente lite*). Cette possibilité constitue une exception au principe de l'effet dévolutif du recours. Pour des motifs d'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de

revenir *lite pendente* sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 3.2).

En l'espèce, la décision du 6 novembre 2014 a été rendue avant l'expiration du délai imparti à l'intimé pour le dépôt de sa réponse, si bien que les conditions de la reconsidération *pendente lite* sont réalisées. Au plan formel, ce sont donc les rapports juridiques tranchés par cette décision qui font l'objet du litige. Cela étant, elle ne diffère de la décision du 25 septembre 2014 que s'agissant de la quotité du montant rétroactif dû à la recourante après la compensation invoquée par CSS Assurance SA, que la recourante ne conteste ni dans sa quotité ni dans son principe.

Quant au droit à une rente complémentaire pour S_____, fille de la recourante, il a été admis dans son principe par l'intimé, qui a fixé le montant dû à ce titre à CHF 30'336.-, dont il faut déduire CHF 12'053.40, le solde restant dû à la recourante avec les intérêts moratoires. Ce point n'est donc plus litigieux.

Seul reste ainsi à examiner le degré d'invalidité de la recourante.

5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (cf. art. 16 LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les

éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. 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 consid. 4.3.1).

b) En règle générale, lorsque l'assuré exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de travail correspondante. La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 433/01 du 20 mars 2002 consid. 4c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 320/01 du 10 décembre 2001 consid. 2a). Tel est notamment le cas lorsque le revenu constitue un salaire social, qui ne correspond pas à la prestation de travail de l'assuré (ATF 117 V 8 consid. 2c/aa). On ne saurait non plus se référer exclusivement au revenu soumis à cotisation en vertu de la loi du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS - RS 831.10). Certes, l'art. 25 al. 1 RAI prévoit qu'à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, le revenu annuel présumable est celui sur lequel des cotisations ont été versées. Un parallèle est ainsi établi entre le revenu soumis à cotisation de l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité. Ce parallèle n'a toutefois pas une portée absolue, et la jurisprudence admet des rectificatifs, par exemple lorsqu'il y a eu une variation extraordinaire du revenu (SVR 1999 IV n°24 p. 71). S'agissant en particulier du revenu d'invalidé, de jurisprudence constante, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 881/06 du 9 octobre 2007 consid. 5.4).

c) Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI - RS 831.201]), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement

sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2c).

Conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_820/2008 du 14 octobre 2009 consid. 4.4), il convient d'utiliser la formule suivante dans le cadre de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité:

$$\frac{T1 \times B1 \times s1 + T2 \times B2 \times s2}{T1 \times s1 + T2 \times s2} = \text{taux d'invalidité}$$

T correspond à la part consacrée à chacun des deux champs d'activité de travail en cause par rapport au temps total ($T1 + T2 = 100 \%$) en pour cent, B à l'empêchement dans chacune des activités et s au revenu pour l'activité correspondante.

8. En préambule, compte tenu de la nature des troubles de la recourante et de l'accident subi en 2006, il n'est pas inutile de rappeler que la jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques à l'étiologie incertaine, dont le traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

En l'espèce, cependant, malgré la distorsion cervicale subie par la recourante lors de l'accident de 2006, il n'y pas lieu d'appliquer ces critères, puisque les troubles neuropsychologiques dont l'effet invalidant fait l'objet de la présente procédure ne se confondent pas avec le tableau clinique consécutif à un *whiplash*. En effet, selon les explications de la neuropsychologue, ils sont notamment imputables au virus contracté par la recourante en 1994.

9. Au plan médical, il n'est pas contesté que la recourante a été en incapacité de travailler à hauteur de 70% jusqu'au 31 décembre 2008, ce qui lui ouvre droit à une rente entière d'invalidité. C'est sa capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2009 qu'il convient d'examiner ici.

La Cour ne saurait se rallier à l'évaluation de la capacité de travail ressortant de l'expertise des Drs F_____ et G_____ et de Madame H_____. En effet, aux carences déjà relevées par le Dr E_____ s'ajoute le fait que les experts ont

accepté de modifier leurs conclusions à la demande de l'assurance - ce qui est de nature à éveiller de sérieux doutes sur leur impartialité -, mais également le fait que le Dr G_____ a par la suite écarté l'appréciation de la neuropsychologue, alléguant que seule celle du neurologue devait être retenue ; ce faisant, le psychiatre s'est prononcé sur des aspects ne relevant pas de son domaine de compétence, sans même consulter le Dr F_____ et Madame H_____.

Madame N_____ a indiqué que l'incapacité de travail au plan strictement neuropsychologique pouvait être fixée à 50% en tant que médecin-vétérinaire. Elle a pris cette conclusion à l'issue d'un examen neuropsychologique détaillé, réalisé en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse de la recourante, dont elle a également entendu les plaintes. Au vu de ces éléments, on peut reconnaître une pleine valeur probante à cette expertise neuropsychologique et admettre que la recourante présente désormais une capacité de travail de 50%.

L'intéressée le conteste, arguant que la neuropsychologue aurait mentionné une capacité de travail limitée à deux heures le matin. Cet argument tombe cependant à faux. En effet, si l'experte a bien signalé une activité de deux heures le matin, c'est au chapitre consacré aux déclarations de la recourante. Cette durée de deux heures ne correspond donc pas à l'activité exigible mais à celle concrètement exercée par la recourante.

Cette dernière se prévaut encore des rapports établis par les Drs E_____, K_____ et B_____ en novembre 2007, août 2007 et juillet 2008, qui évaluaient sa capacité de travail à 70%. Cependant, dès lors que ces rapports ont été établis à une période pour laquelle l'incapacité de travail de 70% n'est pas contestée, ils ne lui sont d'aucun secours.

Quant à la portée des indications de la fiduciaire mandatée par la recourante, il suffit de rappeler que l'incapacité de travail est une notion médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_775/2008 du 15 septembre 2009 consid. 4.3). Partant, il est exclu de l'évaluer en se fondant sur des documents comptables.

On notera enfin que, selon l'enquête pour indépendant réalisée en janvier 2012, la recourante a indiqué travailler 4 heures par jour, ce qui correspond effectivement à une capacité de travail de 50%.

L'intimé fait remonter l'augmentation de la capacité de travail de la recourante à janvier 2009. Il est vrai que la neuropsychologue n'indique pas avec précision depuis quand une capacité de travail de 50% peut être admise. On peut néanmoins se rallier à l'analyse de l'intimé sur ce point. En effet, le Dr B_____ indiquait, dans son rapport de septembre 2008, qu'une augmentation du temps de travail à 50% serait exigible dès janvier 2009. La fin du travail réalisé avec la neuropsychologue, annoncée par ce médecin, est d'ailleurs un indice d'une certaine amélioration. Certes, en mars 2009, le Dr B_____ a qualifié la situation de stable ; il entendait manifestement par là que l'évolution se poursuivait conformément au pronostic émis par le neurologue en septembre 2008. On peut en

effet admettre que si des éléments nouveaux avaient entravé les progrès escomptés, le Dr B_____ les aurait mentionnés et serait revenu sur son appréciation prospective.

Partant, retenir que la recourante a recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2009 ne prête pas flanc à la critique. En particulier, les rapports établis en mai 2009 et en juillet 2012 par le Dr E_____ ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation, dès lors qu'ils ne sont guère motivés et n'émanent pas d'un spécialiste en neurologie.

10. Un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

En l'espèce, la recourante a requis l'audition des Drs E_____ et B_____ et de Madame N_____. Cependant, eu égard à ce qui précède, la chambre de céans s'estime suffisamment renseignée, de sorte qu'elle ne donnera pas suite à cette requête.

11. S'agissant de la réduction des prestations, la chambre de céans rappelle ce qui suit.

L'intimé a réduit le droit aux prestations de la recourante à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2009, date de l'amélioration de la capacité de travail. Or, selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2011 du 24 février 2012 consid. 4 et les références). Dans un tel cas, la date de la modification est déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201).

Selon l'alinéa premier de cette disposition réglementaire, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1).

En application de cette disposition, l'augmentation de la capacité de travail de la recourante ne donne lieu à une réduction des prestations que trois mois après sa survenance, soit dès le 1^{er} avril 2009. Ce n'est donc qu'à compter de cette date que

la rente entière peut être remplacée par une demi-rente. En ce sens, le recours est partiellement admis.

La recourante, qui obtient très partiellement gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2007 au 31 mars 2009 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2009, assorties de rentes complémentaires pour ses filles P_____, Q_____, R_____ et S_____.
4. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour lui de calculer les montants dus.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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