RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4046/2021 **ATAS/571/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____ [GE], comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Michel DUC — recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE — intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1974, divorcée et mère d'une fille née le _____ 2017, a demandé le 22 février 2019 des prestations d'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Elle déclarait dans sa demande avoir travaillé en qualité d'analyste financière chez B_____ du 1er avril 2008 au 30 juin 2009, à taux plein et pour un salaire annuel brut de CHF 116'000.- et être en incapacité de travail à 100% depuis le mois de septembre 2008, année durant laquelle elle avait souffert d'un burnout. Depuis, elle souffrait de dépression, d'insomnies, de fatigue et de difficultés de concentration et de mémoire. Elle avait consulté trois psychiatres depuis 2009. Elle était détentrice de deux maîtrises universitaires, dont une en finance.

b. Il ressort du certificat de travail de B_____ du 30 juin 2009 que l'assurée a quitté son emploi à sa propre demande.

c. L'OAI a procédé à l'instruction médicale du dossier et a rassemblé diverses pièces médicales, dont le rapport du 8 juillet 2019 du docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, exposant, notamment, suivre l'assurée depuis le 16 juin 2016. Elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen à sévère (F 33.2), accompagné par une forme de perplexité, une diminution du dynamisme et de la concentration dans la sphère professionnelle qui l'empêchait de travailler. Les limitations principales étaient les difficultés de concentration, une fatigabilité importante et parfois une perplexité. Son état psychique la rendait actuellement incapable de travailler, même dans un milieu professionnel adapté.

L'assurée lui avait décrit avoir fortement investi son emploi chez B_____ mais qu'il était une source de stress majeure, avec des difficultés d'organisation qu'elle décrivait comme un burnout. Il n'y avait pas de notions de troubles psychiatriques dans la jeunesse, mais il était possible que l'assurée ait présenté une structure de personnalité prodromique et asymptomatique qui avait décompensé chez B_____, l'assurée ne pouvant supporter le rythme de travail et essayant de compenser en faisant de nombreuses heures. Elle avait finalement été licenciée. Elle lui avait décrit des troubles de sommeil majeurs qui l'avaient empêchée de trouver un travail de manière régulière.

d. L'OAI a mandaté le professeur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a procédé, le 28 mars 2020, à une expertise psychiatrique et un bilan neuropsychologique de l'assurée.

L'anamnèse mentionnait que l'assurée avait été suivie de 2009 à 2011 par une psychiatre, dans le contexte d'un burnout professionnel. L'assurée avait décrit à l'expert avoir eu beaucoup plus de travail chez B_____ que dans les autres

entreprises où elle avait travaillé et avoir eu du mal à s'adapter, ne trouvant pas de logement. En outre, elle décrivait un contexte personnel devenu pesant pour elle, car cela faisait six ans qu'elle souhaitait construire une famille avec son mari vivant en Italie mais n'y arrivait pas, ne trouvant pas d'emploi dans ce pays. Elle avait commencé à avoir des troubles du sommeil, s'était retrouvée en arrêt maladie durant trois mois et avait été licenciée en juin 2009.

Les diagnostics retenus, ayant une répercussion sur la capacité de travail, étaient une neurasthénie (F48.0) et une dysthymie (F34.1), dès 2009. L'assurée avait une capacité de travail nulle dans l'activité exercée en dernier lieu. Il n'y avait pas d'évolution positive à prévoir à moyen terme dans un milieu compétitif en lien avec les limitations fonctionnelles : fatigue, irritabilité, vertiges, troubles de la concentration, vision pessimiste et résignée du monde professionnel.

Une activité adaptée au handicap de l'assurée serait de 5 à 6 heures par jour, dans un poste solitaire ou en petit groupe, sans pression hiérarchique, dans un milieu bienveillant. Toutefois, il faudrait veiller à ce que l'objet soit proche de ses capacités de base, un trop grand décalage allant alimenter une dévalorisation narcissique non tolérable par l'expertisée. Dans une activité de ce type, sa capacité de travail était de 70%. Aucune mesure médicale ne pouvait l'améliorer.

e. En date du 27 avril 2020, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a suivi les conclusions de l'expert.

f. L'OAI a calculé un revenu sans invalidité de CHF 88'856.-, soit CHF 7'342.- x 12 mois, (basé sur les statistiques de l'enquête suisse de 2016 sur la structure des salaires [ESS], tableau TA1 pour une femme, activités financières et assurances [lignes 64-66], niveau 3) et un revenu avec invalidité de CHF 38'531.- (basé sur les statistiques de l'ESS 2016, tableau TA1, pour une femme, ligne total, niveau 1, avec un temps de travail exigible de 70%). Sa perte de gain s'élevait à 56.64%.

B. **a.** Par projet de décision du 12 mai 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 57% dès le 1er juillet 2010.

b. L'assurée s'y est opposée par courrier du 5 juin 2020, complété par écritures des 10 et 16 juillet suivant, concluant à l'octroi d'une rente entière. Elle exposait que son revenu sans invalidité était de CHF 115'050.- (CHF 8'850.- x 13), à savoir l'équivalent de son salaire brut chez B_____.

Elle joignait, notamment, ses fiches de salaires de 2009 et un rapport du 2 janvier 2020 du docteur E_____ mentionnant que l'assurée lui avait été adressée par le Dr C_____ pour ajustement de son traitement médicamenteux et participation aux groupes thérapeutiques de l'unité des troubles de l'humeur. Le Dr E_____ retenait comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, avec, au moment de l'évaluation, un épisode dépressif sévère, ainsi qu'un diagnostic provisoire d'état de stress post-traumatique, à réévaluer à distance de l'épisode dépressif en cours.

c. Par projet de décision du 10 août 2020, l'OAI a annulé son projet du 12 mai précédent et a informé l'assurée de son intention de lui accorder un trois quarts de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 68%, versé dès le 1er août 2019, calculé à partir d'un revenu sans invalidité de CHF 116'267.- (soit CHF 115'050.- réactualisé selon l'indice suisse nominal des salaires [ISS]) et d'un revenu avec invalidité de CHF 36'910.- (basé sur les statistiques de l'ESS 2010 du tableau TA1, pour une femme, ligne total, niveau 4, avec un temps de travail exigible de 70%). Ce calcul avait été effectué sur la base des nouveaux documents économiques produits au dossier et en tenant compte d'un revenu avec invalidité à la survenance de celle-ci, soit en 2010.

d. Par courrier du 14 septembre 2020, complété le 12 octobre suivant, l'assurée a contesté ce projet, concluant à l'octroi d'une rente entière.

e. Par décision du 13 juillet 2021, transmise le 26 octobre suivant au conseil de l'assurée, l'OAI a accordé à cette dernière un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1er août 2019, ainsi qu'une rente complémentaire simple pour enfants.

C. **a.** Par acte du 26 novembre 2021, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 13 juillet 2021, notifiée le 26 octobre suivant, devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une rente complémentaire pour enfant, sur la base d'une échelle de rente supérieure à 9.

Sans remettre en cause la valeur probante de l'expertise, l'assurée soutenait qu'un métier lui permettant de rester proche de son domaine d'activité, le monde de la finance, tout en travaillant dans un milieu bienveillant et sans pression hiérarchique, n'existait pas sur le marché ouvert du travail, de sorte qu'il ne pouvait être retenu qu'elle pouvait exercer une activité lucrative à 70%.

Elle critiquait, en sus, le calcul du revenu sans invalidité, estimant qu'une augmentation de son salaire depuis 2009 aurait dû être prise en compte. En outre, une réduction du salaire d'invalide d'au moins 5% aurait dû être effectuée. Ainsi, même en tenant compte d'une activité exigible à 70%, sa perte de gain était de 70%, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière.

Elle demandait, en sus, sa mise au bénéfice de l'assistance juridique, ce qui lui a été accordé par décision du 3 janvier 2022.

b. Le 21 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a joint les explications de la caisse genevoise de compensation sur la détermination de l'échelle de rente.

c. Le 18 janvier 2022, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens qu'elle persistait à réclamer l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une rente complémentaire pour enfant, mais ne contestait plus l'échelle de rente.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus, le recours est recevable.

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et le taux de la rente en découlant.

5. La recourante conteste, en premier lieu, présenter une capacité de gain de 70%, estimant qu'aucune activité compatible avec ses limitations fonctionnelles n'existait sur le marché du travail.

5.1

5.1.1 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). À teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée

incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Le marché du travail équilibré est une question théorique, de sorte que l'on ne peut pas supposer à la légère que la capacité restante est inutilisable (arrêts du Tribunal fédéral 8C_442/2019 du 20 juillet 2019 consid. 4.2 et 9C_485/2014 du 28 novembre 2014 consid. 3.3.1). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre

(VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

Le Tribunal fédéral a ainsi considéré, dans son arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009, que l'assuré, qui souffrait d'une personnalité borderline et qui avait besoin de pouvoir fonctionner de manière parfaitement autonome et en dehors de toute pression extérieure, dans un environnement protégé et confiné, ne pouvait offrir ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux. Bien plus, notre Haute Cour a rappelé qu'à la différence de simples fluctuations conjoncturelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 198/76 du 4 octobre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206), les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il y a lieu de tenir compte en matière d'assurance-invalidité (ATF I 436/92 du 29 septembre 1993 consid. 4c et 5b). La structure actuelle du marché du travail n'offre plus les conditions qui permettaient encore à une personne comme l'assuré, à l'aube des années nonante, de trouver un emploi et d'exercer par intermittence une activité lucrative. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes. Si le marché du travail présentait par le passé une souplesse suffisante permettant, tant bien que mal, d'intégrer en son sein la

personne de cet assuré, la nature et l'importance du trouble de la personnalité constitue, au regard des conditions actuelles du marché du travail, des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative salariée.

5.1.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

5.1.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4).

Conformément au principe de libre appréciation des preuves, 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.

Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de

raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

5.2

En l'espèce, la recourante ne conteste pas la valeur probante de l'expertise. Elle ne critique ni l'évaluation médicale de son état de santé, ni les limitations fonctionnelles retenues, mais conteste présenter une quelconque capacité de travail, vu la nature de l'activité adaptée décrite par l'expert. Elle considère qu'il s'agit de conditions de travail irréalistes pour le domaine de la finance, rendant arbitraire le taux de sa capacité de travail retenu.

Il convient ainsi d'analyser si, compte tenu des conclusions de l'expert, l'intimé aurait en réalité dû se demander si des possibilités de travail réalistes existaient pour la recourante.

Il ressort du rapport du Dr D_____ que cette dernière souffre de neurasthénie (F48.0) et de dysthymie (F34.1). Sa capacité de travail est nulle dans l'activité exercée en dernier lieu et une activité adaptée à son handicap serait de 5 à 6 heures par jour, dans un poste solitaire ou en petit groupe, sans pression hiérarchique et dans un milieu bienveillant. Toutefois, il faudrait veiller à ce que le poste soit proche de ses capacités de base, un trop grand décalage allant alimenter une dévalorisation narcissique non tolérable par l'expertisée. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 70%.

La recourante, qui est au bénéfice de deux maîtrises universitaires, a exercé, en dernier lieu, en qualité d'analyste financière dans une compagnie internationale. À teneur de son certificat de travail, elle avait alors la responsabilité globale de l'analyse financière de la chaîne d'approvisionnement en Europe occidentale.

Une activité adaptée à l'état de santé de la recourante serait ainsi une activité déployée dans la finance, dans un poste à responsabilités, toutefois sans pression hiérarchique.

Comme cela a été relevé supra, de nos jours, l'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés, qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité et montrer des facultés d'adaptation importantes. Cela est, bien entendu, d'autant plus vrai dans un poste à responsabilités dans le domaine de la finance. Or, il apparaît que l'état de santé de la recourante l'empêche de supporter de telles conditions de travail, sa capacité de gain étant conditionnée au fait de pouvoir travailler en évitant le stress professionnel.

Dans un cas aussi particulier, compte tenu des limitations fonctionnelles de la recourante, l'OAI aurait dû déterminer s'il existe suffisamment d'opportunités réalistes d'activités adaptées à celles-ci sur le marché du travail et si la recourante est ainsi concrètement encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique.

En conséquence, la chambre de céans renverra la cause à l'intimé afin qu'il détermine les activités concrètement envisageables pour la recourante au vu des limitations fonctionnelles retenues. Si l'office intimé arrive à la conclusion qu'il n'existe pas suffisamment d'activités adaptées, une rente entière devra être accordée à la recourante et le contrôle du calcul de sa perte de gain s'avérera superflue.

Si l'OAI conclut au contraire qu'il en existe suffisamment, il s'agira alors de procéder au calcul de la perte de gain et de la rente en découlant.

6. À cet égard, il sied de relever que la recourante ne conteste pas la prise en compte de son revenu de 2009 mais estime qu'il aurait dû être tenu compte de l'augmentation dont celui-ci n'aurait pas manqué de bénéficier en dix ans.

6.1

6.1.1 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le

dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

6.1.2 Lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4). Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3 et les références; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, n° 50 ad art. 28a et MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 552 n. 2082).

Dans un arrêt du 5 avril 2016 (9C_725/2015), le Tribunal fédéral a relevé qu'il n'était pas établi que l'assurée dont il était question avait perdu son emploi, à la fin de l'année 2007, en raison de ses problèmes de santé. Il résultait au contraire des constatations du tribunal cantonal que la résiliation du contrat de travail était imputable à des facteurs étrangers à l'invalidité et que l'incapacité de travail ne s'était manifestée qu'à partir de la fin de l'année 2008, dans la mesure où, auparavant, l'assurée avait pu travailler et assumer ses obligations. À la fin de ses rapports de travail avec son ancien employeur, elle avait suivi un stage professionnel de plusieurs mois entre juillet 2008 et janvier 2009. Dans ces circonstances, et indépendamment de la survenance de son incapacité de travail, l'assurée n'aurait vraisemblablement pas continué à travailler auprès de son employeur. Il en résultait que c'était à tort que les premiers juges s'étaient fondés sur le salaire effectif perçu par elle plutôt que sur le salaire statistique pour fixer le revenu sans invalidité.

6.1.3 Jusqu'à l'ESS 2010, les statistiques étaient divisées en quatre niveaux de qualifications, dont le premier niveau comprenait les activités autonomes et qualifiées. Le deuxième niveau impliquait l'exécution d'activités autonomes et qualifiées. Le troisième niveau exigeait des connaissances professionnelles et techniques, alors que le quatrième niveau – le plus bas – comprenait des activités simples et répétitives (David IONTA, Fixation du revenu d'invalide selon l'ESS, ch. 52-53, publié in Jusletter du 22 octobre 2018).

6.2 En l'espèce, l'intimé a retenu, comme salaire sans invalidité, celui que la recourante percevait en 2009, qu'il a ensuite réactualisé selon l'ISS.

Comme vu précédemment, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Or, en l'espèce, si la recourante a expliqué avoir été en incapacité de travail depuis le mois de septembre 2008, année durant laquelle elle avait souffert d'un burnout, rien de tel ne ressort des pièces du dossier. Au contraire, à teneur du certificat de travail produit par la recourante, elle avait démissionné de ce poste. Il n'est ainsi pas suffisamment établi si l'assurée a perdu son emploi en raison de ses problèmes de santé ou si elle a mis fin à son contrat en raison des difficultés professionnelles qu'elle rencontrait ne supportant pas le rythme de travail de cette entreprise, auxquelles s'ajoutaient alors des difficultés personnelles, ainsi qu'une difficulté d'adaptation. Dans cette hypothèse, le salaire sans invalidité de la recourante devra être calculé en se fondant sur les données statistiques résultant de l'ESS, à un niveau adapté à un poste de responsabilité.

Ainsi, si l'intimé arrive à la conclusion qu'il existe suffisamment d'activités concrètement envisageables pour la recourante, ce point devra être élucidé afin de calculer la perte de gain de la recourante. Ces mesures d'instructions sont toutefois superflues si l'OAI arrive à la conclusion inverse.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur l'existence d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles retenues et, en cas de réponse positive, un complément d'instruction devra être ordonné sur les circonstances de la fin du contrat de travail de la recourante, avant nouvelle décision. En cas de réponse négative, une rentre entière devra être accordée.

8. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

9. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 13 juillet 2021, notifiée le 26 octobre 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'500.-
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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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