

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1757/2014

ATAS/1193/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 novembre 2014**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1977, célibataire, a fréquenté l'Ecole de culture générale de Genève de 1992 à 1996. Elle a travaillé comme aide-éducatrice dans des crèches, aide-soignante dans un EMS, nurse/employée de maison dans des familles privées, et, en dernier lieu, elle a bénéficié d'un contrat d'emploi temporaire octroyé par l'office cantonal de l'emploi dans le cadre de mesures cantonales, comme aide de crèche à plein temps, du 11 février 2008 au 4 novembre 2008, pour un salaire mensuel brut de CHF 3'301.95. Elle n'a toutefois plus perçu de salaire depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008 (sauf deux jours travaillés en octobre 2008) jusqu'au 4 novembre 2008, ayant épuisé son droit au paiement durant la maladie.
2. L'assurée a déposé en date du 8 septembre 2010 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI ou l'intimé), en raison de céphalées, 7 jours sur 7, et de crises de migraines. Elle précisait suivre des études de secrétaire médicale par correspondance depuis le mois de juillet 2009.
3. Dans un rapport du 15 septembre 2010, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué des céphalées de tension, depuis 2007. La patiente, sans travail et sans formation professionnelle, présentait en outre une asthénie. Le pronostic était favorable. Elle était sous traitement de Tryptizol de 10 mg le soir. Du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 100 %, avec une diminution de rendement due à la persistance de la céphalée. Un travail adapté non bruyant pouvait améliorer la possibilité de retrouver du travail. Concernant les diverses incapacités de travail et la date de reprise de l'activité, il renvoyait à l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant.
4. Le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant, a établi un rapport à l'attention de l'OAI le 22 novembre 2010. Il a diagnostiqué des céphalées de tension depuis 1997. L'incapacité de travail comme aide en crèche était de 100 % depuis le 28.10.2008, puis de 50% depuis le 22 juin 2010, en raison de l'asthénie, des céphalées ainsi que des troubles de la concentration se traduisant par une baisse de rendement et de l'absentéisme. Il préconisait une place de travail calme, sans stress dû à la responsabilité.
5. Le 7 février 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, avec des céphalées de tension et une anxiété généralisée. Sans se prononcer sur la capacité de travail, il a précisé que les limitations fonctionnelles étaient des troubles de la concentration et une fatigue générale. Il a communiqué copies de ses rapports médicaux adressés à différents médecins, dont il résulte que l'examen neurologique était en faveur d'une céphalée de tension. Concernant les mesures thérapeutiques et le pronostic, il renvoie à l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_.
6. Le 16 mai 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation de l'état de santé, avec apparition d'un kyste arthro-synovial inclus du poignet droit, confirmé par échographie.

7. Le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a indiqué que le traitement restera probablement conservateur dans un premier temps par une infiltration. En cas de récurrence avec gêne fonctionnelle, une intervention entrerait en ligne de compte. Dans son rapport médical du 6 juillet 2012, il a indiqué que la patiente ne présentait pas d'incapacité de travail pour cette affection.
8. L'OAI a mandaté le Centre hospitalier vaudois (CHUV), département des neurosciences cliniques, pour expertise. Dans son rapport d'expertise du 6 mars 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin associé, a diagnostiqué, avec influence essentielle sur la capacité de travail, des céphalées probablement de type tensionnel chroniques (selon critères de l'International Classification of Headache Disorders : ICHD-2). Au titre des diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail, il a retenu un antécédent de kyste arthro-synovial du poignet et de brefs épisodes de fatigue avec fermeture des yeux irrésistible, vraisemblablement de nature non épileptique. Les troubles fonctionnels liés à l'atteinte à la santé incapacitante sont des troubles de la concentration et une fatigabilité marquée. L'expert relève que les données tomodensitométriques d'un scanner cérébral effectué le 3 juin 1999 au Centre de diagnostic radiologique de Carouge parlent en faveur d'une petite anomalie de développement veineux au niveau de l'espace sous-tentorial en regard du récessus latéral droit du IV<sup>ème</sup> ventricule, objectivée à l'IRM cérébrale du 3 juillet 2000, les données IRM étant par ailleurs sans anomalie notable. L'assurée présente une incapacité de travail justifiée médicalement depuis octobre 2008. Selon l'expert, le travail dans une crèche d'enfants n'est pas approprié, en raison des céphalées handicapantes et le stress engendré par la responsabilité d'enfants. Par contre, la patiente effectue actuellement une nouvelle formation pour devenir secrétaire médicale. Une fois son diplôme obtenu, dans ce nouveau travail, elle pourrait probablement travailler à 50 %. Cela sera à réévaluer le moment venu et une reprise progressive du travail sera nécessaire. Il préconisait un suivi psychiatrique/psychologique, dès lors que les douleurs chroniques sont très souvent associées à des troubles psychiatriques au fil du temps, tels que dépression. Quant au pronostic, au vu de la longue persistance de la symptomatologie depuis une vingtaine d'années, il faut s'attendre à une persistance des céphalées sur le long terme.
9. L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique et mandaté la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à cet effet. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2013, l'expert ne retient aucun diagnostic psychiatrique au sens de la CIM-10 ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F17.15, présent depuis l'âge de 16 ans, n'a aucune répercussion sur la capacité de travail. L'examen clinique ne met en évidence aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur. La recherche pour un épisode dépressif, une dysthymie, une anxiété généralisée, des attaques de panique, un status de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire, une psychose ou un trouble de personnalité est négative. Il

n'y a aucune détresse émotionnelle ou conflit psychosocial majeur susceptible d'orienter vers un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. D'ailleurs, selon la définition de la CIM-10, le diagnostic de céphalées tensionnelles, retenu par les neurologues, exclut ce diagnostic. Hormis trois consultations psychiatriques courant 2009 pour des attaques de panique, l'assurée n'a pas nécessité de suivi psychiatrique, ni d'hospitalisation. En l'absence de trouble psychique, le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques ne peut être retenu. Les céphalées alléguées, sans substrat organique clair, orientent vers une amplification des symptômes, mais ceci ne correspond pas à un diagnostic de la CIM-10. La capacité de travail est entière dans toutes activités. Toutefois, le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle paraît mauvais, ceci pour des raisons extra-médicales.

10. Par avis du 11 mars 2014, le SMR conclut à une capacité de travail de 100 % dans toute activité.
11. Le 28 mars 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de prestations, motif pris qu'elle ne présentait pas de maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée.
12. Par courrier du 21 avril 2014, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections, expliquant qu'elle souffre de céphalées depuis 22 ans, avec des pics plus forts si elle fait un effort, comme courir, ou si sa pression sanguine est plus élevée, selon le temps, ou en cas de stress. La seule chose qui atténue ses douleurs est son traitement (Saroten). Elle a par ailleurs une petite malformation de développement veineux, dont elle ne sait pas si cela joue un rôle dans ses douleurs. Elle a joint notamment un résultat d'examen tomodensitométrique cérébral du 3 juin 1999 parlant en faveur d'une petite anomalie de développement veineux au niveau de l'espace sous-tentorial en retard du récessus latéral droit du IV<sup>ème</sup> ventricule.
13. Par décision du 27 mai 2014, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations, considérant que son atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité au sens de la loi.
14. Par acte du 9 juin 2014, l'assurée interjette recours. Elle expose en substance qu'en raison de ses céphalées, elle n'est pas en mesure de travailler davantage que 50 % et que malgré la multitude de traitements entrepris, son état ne s'est pas amélioré.
15. Dans sa réponse du 15 juillet 2014, l'intimé conclut au rejet du recours.
16. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des

---

contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE - E 5 10)
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en

considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

b) L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

Selon l'art 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

c) 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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise

---

psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

9. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre de céphalées quasi quotidiennes depuis une vingtaine d'années. Malgré la multitude de traitements entrepris (médicamenteux, physiothérapie de relaxation, acupuncture) il n'y a pas d'amélioration. La recourante reproche à l'intimé d'avoir ignoré les effets desdites céphalées sur sa capacité de travail.

Le médecin traitant, le Dr C\_\_\_\_\_, constate des céphalées handicapantes, associées à une asthénie et un manque de concentration, et considère que

l'incapacité de travail est de 100% depuis le 28 octobre 2008, puis de 50 % dès le 20 juin 2010 avec reprise de travail si possible dans un cadre calme, sans stress dû à la responsabilité de garde d'enfants.

Le Dr B\_\_\_\_\_, neurologue traitant depuis 1997, relève dans son rapport du 30 mars 2007 que l'examen neurologique est parfaitement normal, que le scanner et l'IRM cérébrale ne révèlent qu'une légère dilatation veineuse tout à fait bénigne et que l'intégrité du système nerveux central est totale. La patiente a déjà bénéficié d'un protocole de latence du sommeil normal et reçu plusieurs traitements médicamenteux. Sur le plan médicamenteux, il lui semblait qu'il n'y avait qu'une seule approche, soit l'arrêt du Dafalgan qui contribue peut-être à une céphalée médicamenteuse et la reprise de l'Amitryptiline et, en cas de céphalée plus violente de type migraineuse, il a préconisé la reprise d'un tryptan, de manière occasionnelle. Dans l'appréciation du cas, il indiquait que l'ensemble de la clinique neurologique est avant tout en faveur d'une céphalée de tension. Concernant la capacité de travail, le Dr B\_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 15 septembre 2010, que l'activité habituelle est encore exigible à 100%, mais que le rendement est réduit à cause de la persistance des céphalées. Il ne se prononce pas sur la diminution de rendement. L'assurée devrait bénéficier d'un travail adapté non bruyant, ce qui améliore la possibilité de retrouver du travail. Il renvoie pour le surplus à l'appréciation du médecin traitant s'agissant de la date de la reprise de travail.

Le Dr E\_\_\_\_\_, expert neurologue mandaté par l'intimé, a diagnostiqué, avec influence essentielle sur la capacité de travail, des céphalées probablement de type tensionnel chroniques, selon les critères de l'International Classification of Headache Disorders (ICHD-2). A l'examen, les constatations objectives n'ont pas révélé de particularité. L'IRM cérébrale du 3 juillet 2000 objective la petite malformation de développement veineux au niveau de la fosse postérieure latéralisée en regard du récessus latéral droit du IVème ventricule, les données étant par ailleurs sans anomalie notable. L'expert mentionne au titre des limitations fonctionnelles des troubles de la concentration et une fatigabilité marquée. Depuis octobre 2008, l'assurée a une incapacité de travail médicalement justifiée, elle continue de présenter des céphalées quotidiennes invalidantes, qui sont restées constantes et stables, voire avec une certaine péjoration lentement progressive. Concernant la capacité de travail, le Dr E\_\_\_\_\_ indique que le travail en crèche n'est probablement pas approprié en raison des céphalées handicapantes et du stress, mais dans le nouveau travail de secrétaire médicale pour lequel l'assurée suit une formation, la capacité de travail sera probablement de 50 % une fois le diplôme obtenu, à réévaluer le moment venu. Une reprise de travail devra se faire progressivement. Il a également conseillé un suivi psychologique/psychiatrique, car très souvent les douleurs chroniques sont associées à des troubles psychiatriques au fil du temps, tels que dépression.

Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, de sorte que le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne peut pas être retenu. De même, elle n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, au vu de l'absence de détresse émotionnelle ou de conflit psychosocial majeur. La Dresse F\_\_\_\_\_ indique que les céphalées alléguées par l'assurée, sans substrat organique claire, orientent vers une amplification de symptômes, ce qui ne correspond pas à un diagnostic de la Classification internationale des troubles mentaux et de troubles du comportement (CIM-10). Il n'y a pas de fatigabilité, ni de ralentissement psychomoteur, la vie sociale n'est pas perturbée et il n'y a pas de perte d'intégration sociale. L'expert ne retient ainsi aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychique. La capacité de travail est entière dans toutes activités. Toutefois, le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle paraît mauvais, pour des raisons extra-médicales.

Se fondant sur l'expertise psychiatrique, le SMR conclut que la capacité de travail est pleine dans toute activité.

La chambre de céans relève que les expertises des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont été établies en pleine connaissance du dossier, qu'elles contiennent une anamnèse complète et détaillée, un status clinique et qu'ils ont pris en compte les plaintes de l'assurée. Le diagnostic posé par l'expert neurologue se réfère à une classification reconnue en la matière et l'expert psychiatre a examiné les critères de la CIM-10 pour exclure tout diagnostic psychiatrique. Enfin, leurs conclusions sont claires et convaincantes, de sorte que les expertises revêtent pleine valeur probante.

Cela étant, la chambre de céans constate que l'intimé n'explique pas pour quelles raisons il s'écarte des conclusions de l'expert neurologue quant aux répercussions des céphalées sur la capacité de travail. Cette question est pourtant essentielle ; en effet, dès lors que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été retenu et que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé psychique, seule la question de l'appréciation du caractère invalidant des céphalées reste à examiner.

10. Selon les neurologues, l'origine des céphalées de tension dont souffre la recourante n'est pas connue, ni expliquée par une cause organique. En effet, la légère dilatation veineuse objectivée par l'IRM de 2000 est tout à fait bénigne et l'intégrité du système nerveux central est totale. Par ailleurs, les constatations cliniques du Dr B\_\_\_\_\_, neurologue traitant, et de l'expert neurologue se sont révélées normales.

Dans un arrêt du 12 juin 2014 (ATF 9C\_701/2013 publié in ATF 140 V 290), le Tribunal fédéral a jugé que tant dans les cas où les atteintes à la santé sont objectivables que dans celles où l'étiologie et la causalité sont peu claires, les données subjectives de l'assuré quant aux conséquences sur la capacité de travail, soit en particulier les limitations fonctionnelles, doivent être examinées sous l'angle de leur plausibilité. Dans les cas d'atteintes à la santé non objectivables, l'examen de la plausibilité joue un rôle particulier par rapport aux troubles objectivables, notamment selon la littérature médicale dans les cas de maux de tête. A cet égard, il

y a lieu de prendre aussi en considération les conséquences des atteintes durant les loisirs ou dans les activités de tous les jours. Les experts médicaux jouent ainsi un rôle essentiel; ceux-ci doivent expliquer sur la base de leurs constatations et appréciation de l'état douloureux, des ressources psychiques et des déficits fonctionnels, dans quelle mesure la capacité de travail est limitée, ou, au contraire constater que malgré toutes les investigations ils ne peuvent répondre de manière suffisamment sûre à cette question. Si les conséquences de lésions objectivables ou non objectivables sur la capacité de travail demeurent vagues et indéterminées, la preuve d'un droit aux prestations n'est pas établie (art. 8 CC).

En l'espèce, la chambre de céans relève que selon la classification internationale ICHD-2, les céphalées de tension (CT) telles que diagnostiquées par l'expert neurologue sont des céphalées primaires. Les céphalées de tension chroniques sont classées sous chiffre 2.3 de l'ICHD-2 : elles surviennent en moyenne plus de 15 jours par mois (plus de 180 jours par an) et remplissent les critères B et D, à savoir qu'elles durent plusieurs heures ou de façon continue (B), et présentent pas plus d'un des trois symptômes suivants : phonophobie, photophobie ou faibles nausées (D1), mais pas de nausées modérées ou sévères, ou de vomissements [(D2) ; cf. Hélène OLLAT, la nouvelle classification des céphalées, [www.neuropsychiatrie.fr](http://www.neuropsychiatrie.fr); ICHD-II Cephalalgia 2004 ; 24 (Suppl 1), International Headache Society 2003/4]. Quant aux céphalées de tension probables, elles sont classées sous le chiffre 2.4 de l'ICHD-2 : il s'agit de céphalées avec toutes les caractéristiques d'une céphalée de tension sauf une et qui parallèlement n'ont pas les caractéristiques d'une migraine sans aura.

A teneur du diagnostic posé par l'expert neurologue, il convient d'admettre que les céphalées sont présentes plus de 15 jours par mois en moyenne, plus de 180 jours par an. L'expert a noté à l'anamnèse qu'elles sont présentes quotidiennement, que l'activité physique empire les céphalées et oblige parfois la recourante à arrêter son activité. La patiente décrit en outre des épisodes « d'absence » à raison d'environ une à deux fois par semaine. Sur le plan thérapeutique, malgré une multitude de traitements entrepris, il n'y a pas eu d'amélioration. Le Dr B\_\_\_\_\_ avait indiqué dans son rapport du 30 mars 2007 à l'attention du médecin traitant, que la prise en charge ne sera certainement pas facile, car la situation est complexe, l'origine de cette céphalée de tension étant probablement multiple. Selon l'expert E\_\_\_\_\_, devant ce tableau d'atteinte chronique, on ne s'attend pas à une disparition complète des symptômes et au vu de la longue persistance de la symptomatologie, il faut s'attendre à une persistance des céphalées sur le long terme. Il est par ailleurs difficile de dire si dans le futur les céphalées seront inchangées, améliorées ou péjorées. Hormis un suivi psychologique/psychiatrique, l'expert n'a pas fait état d'une proposition thérapeutique susceptible d'améliorer le tableau clinique. Enfin, aussi bien le neurologue traitant que l'expert neurologue ont décrit des limitations fonctionnelles, sous forme de troubles de la concentration et de fatigue générale qui entraînent une diminution de la capacité de travail. Sur le plan social, la recourante

a certes des amies avec lesquelles elle apprécie discuter, se balader, aller au restaurant et au cinéma, mais « quand elle en est capable ». Elle effectue aussi ses tâches ménagères, fait des rangements, s'occupe de ses chats et travaille ses cours, « lorsqu'elle s'en sent capable » (cf. expertise psychiatrique). L'expert neurologue a par ailleurs noté que la recourante travaille ses cours 2 h l'après-midi, mais qu'elle n'y arrive pas tous les jours, en raison des céphalées.

La chambre de céans au surplus qu'il ressort du dossier que par le passé, la recourante a été licenciée à plusieurs reprises en raison d'un important absentéisme et qu'elle a dû abandonner sa dernière activité dans une crèche, en raison précisément des céphalées. Depuis 2009, elle a entrepris une formation de secrétaire médicale par correspondance, non encore achevée à la date de la décision litigieuse.

Au vu de ce qui précède, il convient ainsi d'admettre que quand bien même les céphalées de tension ne sont pas expliquées par une cause organique, leur fréquence, leur durée et leur intensité entraînent des limitations fonctionnelles sous forme de troubles de la concentration et de fatigue générale, avec des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Sur ce point et sous l'angle de la plausibilité, la chambre de céans n'a aucun motif de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expert neurologue (voir par ex. ATF 9C\_385/2007).

Si l'activité habituelle n'est plus exigible, la chambre de céans considère en revanche que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, en milieu non bruyant et sans stress, est exigible à 50 % depuis octobre 2008 déjà.

11. Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante, au regard de son statut de personne active.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente, soit en l'espèce en 2009. Les revenus avec et sans invalidité sont déterminés par rapport à un même moment; les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, sont également prises en compte (ATF 129 V 223-224 consid. 4.2).

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, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325, 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et les références; MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2010, ad art. 28a LAI, p. 300 ss). S'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des

valeurs moyennes ou des données tirées de l'expérience. 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). Le recours aux données statistiques résultant de l'ESS suppose aussi de prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent le cas échéant avoir une répercussion sur le revenu (arrêt U 243/99 du 23 mai 2000; cf. aussi arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2, in REAS 2004 p. 239).

Quant au revenu d'invalidité, il convient de se référer aux données statistiques résultant de l'ESS lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité.

En l'occurrence, l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 2008 et le dossier ne contient pas de renseignements concrets émanant des précédents employeurs, étant précisé que la dernière activité exercée en 2008 l'a été dans le cadre de mesures cantonales octroyées par l'assurance-chômage. Par ailleurs, les relevés des comptes individuels démontrent de grandes variations dans les revenus réalisés par la recourante : ainsi, en 1999, elle a réalisé un gain annuel de CHF 45'548.- alors que l'année suivante, chez le même employeur, elle a réalisé un gain annuel de 39'593.-. Enfin, on ignore comment le gain réalisé lors de son activité chez des particuliers a été fixé.

Le dossier étant à cet égard incomplet, la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire aux fins de déterminer le plus exactement possible le salaire sans invalidité, puis procéder à la comparaison des gains compte tenu des principes exposés ci-dessus et déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.
13. L'émolument, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 27 mai 2014 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Juliana BALDÉ

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