

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2674/2012

ATAS/1181/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 novembre 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) est née le _____ 1977. Divorcée en mars 2009, elle s'est remariée en septembre de la même année ; elle est mère de deux enfants, nés respectivement en 2004 et 2009. Elle a travaillé pour le compte du B_____ suisse (ci-après : « l'employeur »), d'abord, du 5 janvier au 31 mars 2005, en tant qu'auxiliaire comptable, pour un salaire horaire de CHF 39.-, puis, à partir du 1^{er} avril 2005, en tant qu'assistante comptable, d'abord à 60%, pour un salaire mensuel de CHF 3'600.-, puis à 70%, du 1^{er} octobre 2005 au 30 juin 2006, pour CHF 4'200.- par mois, à 80%, du 1^{er} juillet 2006 au 31 décembre 2007, pour un revenu mensuel de CHF 4'837.-, à 100%, du 1^{er} janvier au 31 août 2008, pour un revenu de CHF 6'190.-, puis de CHF 6'401.- par mois, et, enfin, à nouveau à 80%, à compter du 1^{er} septembre 2008, pour un salaire mensuel de CHF 5'121.-.
2. Du 18 au 20 décembre 1994, l'assurée a été hospitalisée de manière non volontaire au sein de la Clinique de psychiatrie II du secteur Jonction - Sillons, en raison d'un état dépressif mélancolique avec danger pour elle-même. Cet état avait été déclenché par une rupture sentimentale. Dès son arrivée à la clinique, l'assurée s'est sentie rassurée et l'idéation suicidaire a disparu.
3. Du 4 au 25 mai 2004, l'assurée a été hospitalisée dans le département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après : les « HUG ») en raison d'un trouble anxio-dépressif dans un contexte de post partum. Pendant la grossesse, elle avait souffert de symptômes anxieux importants (elle avait appris que son enfant souffrait d'une anomalie rénale). Lors de l'accouchement, la recrudescence de cette symptomatologie avait été telle que l'assurée avait mis en doute ses capacités à assumer son rôle de mère. Ces angoisses étaient devenues ingérables, l'assurée multipliant les demandes de réassurance, notamment auprès de sa mère, avec laquelle elle avait un lien fusionnel.
4. En incapacité de travail depuis le 8 août 2008, l'assurée a bénéficié du versement d'indemnités journalières maladie par l'assurance de son employeur.
5. Le 14 janvier 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant une dépression et des angoisses consécutives à son divorce et des migraines, présentes, elles, depuis ses 16 ans.
6. Dans un rapport du 2 mars 2009, la Dre C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive existant « depuis de longues années », des migraines avec aura, des états dépressifs récurrents (hospitalisations en psychiatrie

en 1994 et 2004 avec idées suicidaires), une personnalité dépendante (éléments de perte de contrôle au niveau alimentaire) et un trouble panique.

Le médecin a également mentionné une hyperplasie nodulaire focale du foie, dont il a précisé qu'elle était sans effet sur la capacité de travail.

L'épisode dépressif actuel avait débuté en août 2008, dans le contexte de la séparation de l'intéressée d'avec son ex-mari. Il y avait eu amélioration de la thymie, avec une reprise possible du travail à 50%, mais l'anxiété subsistait.

Les migraines invalidantes avaient augmenté avec la reprise du travail. Le pronostic était réservé en raison de la chronicité de cette atteinte, présente depuis l'âge de 16 ans.

Migraines, fatigue et dépression entraînaient une diminution de l'efficacité au travail et de l'absentéisme ; cependant, l'exercice de l'activité était encore exigible et il était trop tôt pour se prononcer sur un taux de rendement réduit en raison des migraines.

L'incapacité de travail avait été totale du 8 août au 23 novembre 2008 et du 15 décembre 2008 au 25 janvier 2009, de 50% du 24 novembre au 14 décembre 2008 et dès le 26 janvier 2009.

La Dresse C_____ a notamment joint à son rapport celui établi le 24 juin 2008 par la Dresse D_____, spécialiste FMH en neurologie : l'examen de l'assurée avait montré une discrète diminution de la sensibilité au toucher de l'hémicorps droit. L'anamnèse évoquait fortement des migraines avec aura, avec le plus souvent des troubles visuels, quelquefois des troubles phasiques ou dysarthriques et, récemment, un hémisyndrome sensitif droit. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale s'était révélée parfaitement normale, de sorte que le diagnostic de migraines avec aura avait été retenu. La fréquence des migraines était de trois fois par mois.

7. Dans un rapport d'évaluation du 20 mars 2009, établi en phase d'intervention précoce, l'OAI a notamment relevé que l'assurée n'envisageait pas de changer d'activité professionnelle, mais s'interrogeait sur sa capacité de travailler à un taux plus élevé que son 40% actuel (50% de son taux contractuel de 80%). Bien que son taux d'activité contractuel soit de 80%, l'assurée avait vu ce taux varier à plusieurs reprises, en raison de difficultés financières auxquelles elle avait dû faire face (diminution des revenus de son ex-époux). L'assurée indiquait sans équivoque que, sans atteinte, elle aurait travaillé à 100% pour des raisons économiques, étant précisé que sa fille allait à l'école. Selon elle, le taux d'activité avait été fixé à 80% car il lui arrivait une à deux fois par semaine de ne pouvoir aller travailler en raison de ses migraines. Grâce à ce temps partiel, elle pouvait s'absenter et compenser ses absences avec plus de souplesse.
8. Dès le 24 mars 2009, l'assurée a été mise en arrêt total de travail.

9. Le 20 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il considérait que, compte tenu des éléments en sa possession, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables. L'instruction médicale du dossier se poursuivrait dans le but d'évaluer son droit à d'éventuelles prestations.

10. Dans un rapport du 2 septembre 2009, la Dresse D_____ a indiqué n'avoir vu l'assurée en consultation qu'une seule fois, en mars 2009. Elle souffrait de migraines avec aura depuis de nombreuses années. Ces migraines, fortement influencées par les troubles thymiques, étaient invalidantes depuis mars 2009, en parallèle avec l'aggravation des troubles thymiques. L'évolution des céphalées allait dépendre de l'évolution des troubles psychiatriques, lesquels étaient au premier plan.

11. Dans un rapport du 9 septembre 2009 contresigné par la Dresse C_____, Madame E_____, psychologue, a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, un trouble obsessionnel compulsif et des migraines chroniques avec aura, depuis 1994.

La psychologue disait avoir observé un ralentissement psychomoteur et intellectuel, des pertes de mémoire et des troubles de l'attention qui engendraient un état de stress. Elle avait constaté clairement des mécanismes de pensée obsessionnelle, une basse estime de soi et une vulnérabilité à l'environnement. Les symptômes étaient bien installés et il paraissait difficile d'imaginer que l'assurée retrouverait ses compétences et ses capacités cognitives. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : perte de concertation, rendement insuffisant, absentéisme lié aux migraines et état dépressif.

Selon la psychologue, l'activité habituelle n'était plus exigible ; des mesures médicales ne pourraient réduire les limitations énoncées ; on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.

12. Dans un rapport intermédiaire du 19 avril 2010, la Dresse C_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, étant précisé que les diagnostics restaient les mêmes qu'auparavant : malgré le traitement psychothérapeutique et médicamenteux, l'assurée restait anhédonique, fatiguée, anxieuse et les migraines se faisaient plus fréquentes. Son état évoluait vers une chronicisation des symptômes. Elle n'avait pas repris le travail et en était incapable depuis le 24 mars 2009. Elle était incapable de se projeter dans l'avenir, anhédonique et anxieuse, ce qui rendait toute activité difficile et se plaignait de migraines fréquentes, difficiles à juguler, entraînant d'importantes douleurs et limitant toute activité.

13. Dans un rapport du 22 avril 2010, Mme E_____ a également fait état d'une aggravation de l'état de l'assurée : enceinte, elle avait dû composer avec des états migraineux récurrents, des crises d'angoisse, un état dépressif avec fatigue et une recrudescence des pensées obsessionnelles persécutantes. Elle s'était sentie très souvent dans l'incapacité psychique et physique d'assumer l'ensemble des tâches

ménagères. Elle présentait une incapacité croissante de résister au stress. La psychologue avait observé un ralentissement psychomoteur et intellectuel. La situation professionnelle de l'intéressée s'était péjorée. Elle souffrait de pensées obsessionnelles, de panique et rencontrait des difficultés de concentration. Son incapacité de travail était totale.

14. L'assurée a été licenciée avec effet au 30 avril 2010 en raison de ses absences répétées.
15. L'assurée a été adressée par l'OAI aux docteurs F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et G_____, du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève. Dans leur rapport d'expertise du 2 septembre 2010, ces médecins ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble mixte de la personnalité anxieuse et anankastique et des migraines avec aura. L'hypertrophie nodulaire du foie était également mentionnée, étant précisé qu'elle était sans effet sur la capacité de travail.

Les experts ont précisés s'être fondés sur le dossier de l'OAI, le dossier des HUG, trois entretiens avec l'assurée et des entretiens téléphoniques avec Mme E_____ et la Dresse C_____. Ils ont exposé l'anamnèse de la recourante, l'évolution de sa maladie, les résultats des thérapies suivies et ses plaintes.

Les migraines n'avaient pas reçu d'explication somatique claire, mais étaient vraisemblablement en lien avec les troubles psychiques, en particulier le stress et l'angoisse. L'état de stress et les angoisses de l'assurée étaient en grande partie générés par des conflits internes très importants. Elle souffrait de longue date d'une symptomatologie complexe ayant des répercussions sur ses relations, sa capacité de travail et engendrant une grande souffrance psychique. Le pronostic était réservé, en raison du caractère chronique de la pathologie psychique. L'assurée ne semblait jamais avoir eu la capacité de mettre en œuvre objectivement les moyens qu'elle avait pour se faire soigner. Malgré de bonnes capacités d'introspection, des troubles psychiques de gravité moyenne (même si la souffrance était subjectivement importante et ressentie comme invalidante et se traduisait effectivement par de réelles difficultés dans sa vie et son fonctionnement professionnel et social), un potentiel intellectuel dans la norme (facteur de bon pronostic pour la psychothérapie), l'assurée semblait n'avoir jamais bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique conséquente (fréquente et continue). Le traitement pharmacologique était identique de longue date et n'était pour l'heure pas suffisant.

Sur le plan physique, les limitations fonctionnelles de l'assurée devaient être déterminées par un neurologue.

Sur le plan psychique et mental, elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent en aggravation et d'un trouble de la personnalité mixte, de type anxieux et obsessionnel, qui contribuait à l'attitude morose face à l'avenir, à la diminution de la concentration et de l'attention, aux pertes de mémoire, à une grande fatigabilité, à

une anxiété importante, à un besoin de vérification et à une baisse de l'estime de soi, avec une culpabilité importante. Cet état était entretenu par les migraines récurrentes. Sur le plan social, il y avait une limitation partielle de la fonctionnalité sociale, l'assurée éprouvant de la difficulté à gérer les relations interpersonnelles à long terme. Toutefois, cette limite ne l'entravait pas dans son activité habituelle.

En raison de ces limitations, la capacité de travail de l'assurée était réduite, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Les experts recommandaient la mise en œuvre d'une expertise neurologique pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans son activité habituelle, afin de quantifier l'impact des migraines. Sur le plan strictement psychiatrique, la diminution de la capacité de travail était d'environ 50%. L'activité habituelle était encore exigible à 50%, soit 4 heures par jour. En raison des troubles de la concentration et de la mémoire, de la fatigabilité et du besoin de vérification, le rendement était réduit de 50% par rapport à un rendement optimum. L'assurée présentait une incapacité de travail d'au moins 20% depuis 2008. Cette incapacité et le trouble dépressif n'avaient cessé de s'aggraver depuis.

Une réadaptation professionnelle était envisageable, pour autant qu'il soit tenu compte des critères suivants : la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des ressources existantes, les troubles psychiques de l'assurée réduisaient sa capacité à supporter le rythme d'un travail à plein temps avec un haut degré d'exigence, l'aptitude à s'intégrer socialement était bonne à court terme dans le cadre professionnel, mais se compliquait avec les difficultés qu'elle rencontrait invariablement. La capacité de travail pouvait être améliorée si une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique conséquente et d'une durée suffisante était mise en place et si le poste de travail permettait de diluer les responsabilités.

16. Par courrier du 16 novembre 2010, l'assurée a expliqué qu'à la signature du dernier avenant à son contrat de travail le 30 avril 2008, elle avait défini comme terme le 31 août 2008. En effet, sa fille allait alors entrer à l'école obligatoire et elle n'avait, à ce moment-là, pas encore trouvé de solution de garde en dehors des heures d'école. En arrêt maladie depuis le 8 août 2008, elle n'avait pu discuter avec son employeur de ses attentes quant à ses prochaines conditions d'engagement. Cependant, il lui était indispensable de poursuivre une activité professionnelle à 100%, vu le volume de travail et sa situation financière difficile liée à son départ du domicile conjugal avec sa fille, dans un contexte de divorce. En raison de cette situation instable, ses parents étaient prêts à garder sa fille pour lui permettre de travailler à plein temps.
17. Par courrier du 19 janvier 2011, les Drs F_____ et G_____ ont répondu aux questions que leur avait posées la Dresse H_____, médecin auprès du Service régional médical de l'OAI (SMR) le 21 octobre 2010 : depuis le mois d'août 2008, l'incapacité de travail de l'assurée avait fluctué entre 50 et 100%, en fonction de l'évolution de l'état dépressif ; une prise en charge psychiatrique et

psychothérapeutique conséquente pouvait stabiliser l'état psychique de l'assurée et lui permettre de recouvrer une capacité de travail de 100%, d'ici deux à trois ans.

18. Dans un avis du 28 février 2011, la Dresse H_____ s'est ralliée aux conclusions des Drs F_____ et G_____ et a suggéré la mise sur pied d'une expertise neurologique visant à évaluer l'implication des migraines sur la capacité de travail de l'assurée.
19. Dans un rapport du 11 mai 2011, la Dresse I_____, du service de psychiatrie générale des HUG, a indiqué que l'assurée avait séjourné au Centre de thérapies brèves (ci-après : « CTB ») du 8 mars au 11 mai 2011. Le médecin a diagnostiqué principalement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, ainsi qu'un kératocône bilatéral depuis mars 2011, des crises migraineuses chroniques avec aura depuis 1994 et une hyperplasie nodulaire hépatique depuis 1999. Le médecin a précisé que l'état dépressif s'était aggravé, avec des idéations suicidaires sans projet ; par ailleurs, les crises migraineuses persistaient, malgré le traitement. La prise en charge de l'assurée avait permis d'améliorer son état, notamment sa thymie, de diminuer ses angoisses et ses crises migraineuses.
20. Dans un rapport du 21 juin 2011, le Dr J_____, spécialiste FMH en ophtalmologie aux HUG, a diagnostiqué une dégénérescence marginale pellucide de l'œil gauche, avec une suspicion de progression sur l'œil droit et une progression claire sur l'œil gauche.
21. Dans un rapport du 13 octobre 2011, le Dr J_____ n'a posé aucun diagnostic mais relevé une baisse progressive de l'acuité visuelle : l'assurée était empêchée d'exercer toute activité demandant une vue stéréoscopique.
22. Du 2 au 9 novembre 2011, l'assuré a séjourné au service de neurologie des HUG afin de procéder à un sevrage médicamenteux. Une migraine chronique avec aura a été confirmée, de même qu'un état anxio-dépressif, un kératocône bilatéral opéré à gauche en août 2011 et une hyperplasie nodulaire focale hépatique. L'assurée avait remarqué une augmentation de la fréquence de ses migraines, avec prise importante d'antalgiques, faisant suspecter des céphalées médicamenteuses qui avaient motivé son hospitalisation. L'assurée ne présentait aucune incapacité de travail.
23. L'assurée a alors été adressée pour expertise au Dr K_____, spécialiste FMH en neurologie, qui, dans son rapport du 7 février 2012, s'est référé à l'expertise psychiatrique du 2 septembre 2010 s'agissant des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des migraines avec aura depuis l'âge de 17 ans et un kératocône à gauche depuis 2010.

L'expert a rappelé le contexte de l'expertise et précisé les éléments et entretiens sur lesquels il s'était fondé. Il a indiqué s'être limité exclusivement à la sphère neurologique.

Il a indiqué que l'expertise psychiatrique du 2 septembre 2010 donnait un aperçu précis et conforme à ses propres observations concernant la biographie, la formation professionnelle, les antécédents médicaux et le problème médical actuel de l'assurée, dont il a résumé la situation et l'anamnèse neurologique.

Les migraines étaient apparues en même temps que les premiers traits dépressifs. Les céphalées consistaient en hémicrânies, toujours gauches et étaient constituées d'un fond douloureux constant, aggravé par un élément pulsatile et intensifié lors d'efforts ou de flexion du tronc. La douleur était particulièrement localisée à l'orbite et à la jonction crânio-cervicale gauches, créant un arc de cercle entre ces deux points. Le tableau était compliqué d'une photophobie importante, d'une sonophobie, d'une prostration systématique et de nausées, mais jamais de vomissements. La phase douloureuse était toujours précédée d'une aura visuelle durant 15 à 20 minutes, pouvant parfois se compliquer d'un engourdissement de la face, de troubles du langage ou de l'articulation de la parole, très exceptionnellement d'un hémisynndrome sensitif gauche, connu pour la première fois en 2008, puis, à nouveau, à une occasion, en 2011. Les facteurs déclenchant reconnus de ces épisodes migraineux étaient fréquemment le stress, certains aliments et certaines luminosités de l'image sur un écran. La fréquence actuelle de ces épisodes était actuellement d'un épisode tous les dix jours.

Son analyse rejoignait celle de la Dresse C_____ : les facteurs psychologiques prévalaient dans la situation de l'assurée. La fréquence des crises était difficile à quantifier. Toutefois le dossier apportait quelques réponses. En effet, la Dresse D_____ n'avait pas l'air alarmée dans son rapport de 2008, puisqu'elle estimait qu'un traitement de fond n'était pas indispensable. Les migraines n'étaient pas mentionnées dans les rapports hospitaliers psychiatriques. Quant à la Dresse C_____, elle pensait que le problème psychiatrique était prévalant dans l'histoire invalidante de l'assurée. Compte tenu de ces éléments et de son expérience, le Dr K_____ a estimé que les migraines de l'assurée n'étaient pas invalidantes.

Ainsi, sur le plan physique, et pour des raisons strictement neurologiques, la limitation de la capacité de travail de l'assurée pouvait être épisodique, de brève durée et ne pouvait influencer à long terme la capacité de travail. La migraine interférait peu au plan social, psychique et mental, compte tenu des autres problèmes psychiatriques de l'assurée.

Selon l'expert, la décision de l'assurée de réduire son temps de travail en raison de ses migraines avait certainement été influencée par ses troubles psychiatriques. Une migraine avec aura, dont la fréquence était élevée à certaines périodes, pouvait momentanément réduire le rendement de l'assurée dans son travail. Néanmoins, cet aspect ne conduisait pas à une incapacité de travail ou à une baisse de rendement significative dans le temps. L'expert en a tiré la conclusion que les incapacités de travail de l'assurée avaient toujours été liées en premier lieu à son état psychiatrique. La migraine ne justifiait ni réadaptation professionnelle, ni mesure particulière susceptible d'influencer la capacité de travail.

24. Le 3 février 2012, l'assurée a notamment informé l'OAI qu'après réflexion et discussion avec son époux et sous réserve d'une guérison de ses problèmes de santé, elle aurait poursuivi sa carrière professionnelle à un taux de 80%. Cela lui aurait permis de garantir à sa famille une situation financière décente et de pouvoir garder ses enfants les mercredis.

25. Dans un rapport du 28 février 2012, Mme E_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, un trouble obsessionnel compulsif des migraines chroniques avec aura, une personnalité dépendante, un kératocône et un tabagisme.

Depuis 2008, l'état de santé de l'assurée s'était péjoré. Les migraines survenaient régulièrement plusieurs fois par mois et participaient à l'état de désespoir de sa patiente. Sa maladie des yeux avait également suscité des angoisses massives (peur de perdre la vue). L'assurée avait beaucoup de difficultés à suivre le traitement, ses migraines et sa maladie des yeux ayant entraîné l'annulation de nombreux rendez-vous. Le pronostic était réservé, compte tenu de la chronicisation de ses troubles sur le plan psychologique.

Les restrictions physiques, mentales ou psychiques consistaient en une perte de concentration, un rendement insuffisant, un absentéisme lié aux migraines et un état dépressif. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale, sans que l'on puisse s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration. Aucune mesure médicale n'était en mesure de réduire les restrictions énumérées.

26. Le 7 mars 2012, la Dresse H_____, se basant sur les rapports des Drs C_____, F_____ et G_____, K_____ et de Mme E_____, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et de trouble mixte de la personnalité anxieuse et anankastique depuis le 4 août 2008, ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes : troubles de l'attention, de la conversation, de la mémoire, anxiété, fatigabilité et perte d'estime de soi. L'atteinte psychique était prépondérante. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée avait été nulle du 4 août 2008 au 25 janvier 2009, puis de 50% à compter du 26 janvier 2009. Elle pourrait atteindre 100%, à condition qu'un traitement psychiatrique soit mis en place, de sorte que le dossier devrait être révisé une année plus tard.

27. Le 22 mai 2012, Madame L_____ (ci-après : l'enquêtrice), infirmière du service externe, a réalisé une enquête économique sur le ménage.

L'enquêtrice a rappelé qu'à compter de septembre 2008, le taux d'activité avait été de 80% ; l'assurée avait indiqué qu'en bonne santé, elle aurait continué à ce taux pour pouvoir garder ses enfants le mercredi. Ainsi, le taux d'activité ménagère était de 20%.

L'assurée se sentait invalidée essentiellement en raison de ses migraines. Néanmoins, elle fonctionnait dans son ménage et avec ses enfants, son mari

exécutant les travaux ménagers qu'elle n'arrivait pas à accomplir. Le taux d'empêchement ménager était de 14,5% et établi comme suit :

	pondération	empêchement	invalidité
conduite du ménage	5%	0 %	0%
alimentation	25%	0%	0%
entretien du logement	20%	20%	4%
emplettes et courses diverses	10%	5%	0,5%
lessive/entretien des vêtements	20%	0%	0%
soins aux enfants	20%	50%	10%
divers (aucune activité)	0%	0%	0%
total	100%		14,5%

28. Le 31 mai 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente, faute d'un degré d'invalidité suffisant (33%).
29. Le 29 juin 2012, la Dresse C_____ a adressé à l'OAI un rapport alléguant que sa patiente était totalement incapable de travailler depuis le 8 août 2008, en raison d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (hospitalisation en 1994 et 2004), d'états dépressifs récurrents, d'une perte de contrôle alimentaire, d'un trouble panique, de migraines chroniques avec aura conduisant à un abus de Tripan ayant nécessité une hospitalisation en novembre 2011, des crises fréquentes rendant la thérapie psychiatrique difficile et d'un kératocône. Le médecin ajoutait que, depuis août 2008, l'atteinte à la santé avait également eu des répercussions dans la vie privée de sa patiente, notamment dans la tenue du ménage, où l'empêchement - fluctuant - était de l'ordre de 30 à 40%. La longueur de la procédure avait contribué à compliquer et dégrader la santé de l'assurée.
30. Le 2 juillet 2012, l'assurée s'est opposée au projet de décision en concluant à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière d'invalidité. Elle alléguait qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à plein temps et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de lui reconnaître un statut d'active limité à 80%. Elle rappelait que, selon les Drs F_____ et G_____, sa capacité de travail était de 50%, sans tenir compte des limitations fonctionnelles induites par ses migraines. L'avis du Dr K_____ relatif à ces migraines était contredit par celui de son médecin traitant, qui les considérait comme invalidantes, compte tenu de leur fréquence et de leur intensité. Enfin, elle reprochait à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de l'avis de la Dresse D_____.

-
31. Par décision du 4 juillet 2012, l'OAI a nié à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité.

S'il a admis que la capacité de travail de l'assurée avait été considérablement restreinte depuis le mois d'août 2008 (début du délai d'attente d'un an), il ne lui a reconnu qu'un degré d'invalidité de 33%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

L'OAI a retenu que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué d'exercer son activité de collaboratrice comptable à 80%, les 20% restant correspondant à ses travaux habituels, selon ses propres déclarations. Se référant à l'enquête ménagère du 22 mai 2012, l'OAI a admis un empêchement dans la tenue du ménage de 14,5%, correspondant à un degré d'invalidité de 3% (14,5% de 20%).

Quant à la sphère professionnelle, l'OAI s'est référé à l'avis de son service médical, selon lequel l'assurée aurait pu continuer à exercer son activité habituelle ou tout autre activité à hauteur de 50% et ce, depuis janvier 2009. Comparant le revenu qu'aurait pu réaliser l'assurée dans son dernier poste de travail, soit CHF 67'982.- en 2009 à un taux de 80%, à celui qu'elle aurait pu obtenir après l'atteinte à la santé, soit CHF 42'489.-, l'OAI a obtenu une invalidité de 37,5% dans la sphère professionnelle, soit 30% qui, ajoutés aux 3% précédents, l'a conduit à un degré d'invalidité global de 33%.

Quant à l'évaluation médicale, le SMR a considéré que l'évaluation du Dr K_____ ne divergeait pas de celle de la Dresse C_____, s'agissant des migraines. Il a ajouté par ailleurs que le rapport d'expertise prenait également en compte l'avis de la Dresse D_____.

32. Par écriture du 4 septembre 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité dont elle n'a pas précisé le taux.

Elle allègue que, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce, elle a été engagée en tant qu'assistante comptable fixe le 1^{er} avril 2005 à un taux de 60%, que, depuis lors, elle a régulièrement augmenté son temps de travail, à 70% du 1^{er} octobre 2005 au 30 juin 2006, à 80% jusqu'au 31 décembre 2007, puis à 100% dès le 1^{er} janvier 2008, notamment pour des raisons financières. Elle conteste le statut d'active à 80% qui lui a été reconnu, faisant remarquer qu'elle est encore jeune et que, lorsqu'elle a commencé à travailler à plein temps, le 1^{er} janvier 2008, sa fille était déjà née ; elle aurait pu compter sur sa mère pour garder ses enfants, cette dernière l'aidant d'ailleurs tous les jours, sauf les week-ends.

Elle invoque l'avis des Drs F_____ et G_____ et en tire la conclusion que sa capacité de travail est en réalité de 25% (50%, avec un rendement de 50%).

La recourante souligne par ailleurs le caractère invalidant de ses migraines et produit à cet égard un courrier adressé à son conseil le 18 août 2012 par la Dresse D_____ du 18 août 2012.

Celle-ci y précise que sa patiente souffre de deux pathologies : un trouble dépressif récurrent avec troubles mixtes de la personnalité anxieuse et anankastique et des migraines avec aura, que ces deux pathologies s'influencent l'une l'autre, sans possibilité d'amélioration, que, contrairement à ce que soutient le Dr K_____, la fréquence des migraines s'est aggravée depuis 2008, de sorte que, depuis mars 2010, un traitement de fond a débuté et duré quelques mois. Plusieurs essais de traitement de fond n'ont pas permis d'améliorer la situation. Pour la Dresse D_____, ces migraines sont invalidantes depuis plusieurs années. Lors de chaque crise migraineuse, des antalgiques sont utilisés, avec une efficacité variable. Associés à un repos au lit, ils calment parfois la douleur en une heure ; d'autres fois, ils sont inefficaces et les céphalées migraineuses durent un ou deux jours. Toutefois, même lorsque les médicaments sont efficaces, il persiste un état de fatigue intense et d'apathie durant 24 heures et l'assurée doit rester allongée dans le noir. Ces jours-là, elle ne peut ni travailler, ni s'occuper de son ménage ou de ses enfants. Désormais, la fréquence des migraines est de deux à trois fois par semaine, ce qui la conduit à conclure à une totale incapacité de travail.

33. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 11 octobre 2012, a conclu au rejet du recours.

S'agissant du statut à reconnaître à la recourante, l'intimé se réfère aux premières déclarations de l'intéressée et à celles faites à l'enquêtrice, le 22 mai 2012, déclarations dont il fait remarquer qu'elles apparaissent d'autant plus vraisemblables qu'elles sont en accord avec la situation maritale de la recourante, le fait que son conjoint dispose de revenus confortables et que ses enfants étaient encore jeunes au moment de la décision litigieuse (8 et 2 ans).

34. Le 27 novembre 2012, la recourante a produit le rapport établi le 1^{er} novembre 2012 par le Dr M_____, spécialiste FMH en neurologie, et Madame N_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.

Dans leur rapport, le Dr M_____ et Mme N_____ ont conclu que l'examen cognitif mettait en exergue cliniquement une symptomatologie dépressive et des résultats déficitaires aux tests d'apprentissage verbal ainsi que dans les conditions de reconnaissance et de récupération différée de ce matériel. Il a également été relevé un ralentissement dans les conditions de dénomination d'un test d'inhibition et un nombre légèrement élevé d'erreurs persévératives à une tâche impliquant la génération de dessins ainsi que des signes d'inattention et des difficultés d'autocontrôle. Un questionnaire permettant d'apprécier les aspects thymiques avait donné des scores élevés suggérant l'existence d'une symptomatologie dépressive sévère. En revanche, la mémoire de travail, la mémoire épisodique en modalité non verbale le langage et la vitesse de traitement de l'information étaient intacts. En conclusion, les troubles touchaient préférentiellement la sphère attentionnelle et la mémoire épisodique en modalité verbale. Concernant les aspects psychiques, les éléments anamnestiques les appréciations cliniques et les résultats du questionnaire d'auto-évaluation confirmaient l'existence d'une symptomatologie dépressive déjà

connue et encore bien présente. Sur le plan somatique, a été relevée l'installation progressive de céphalées accompagnées de nausées et une sensation de fatigue dont l'impact sur le domaine cognitif paraissait non négligeable.

35. Le 10 janvier 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis émis le 8 janvier 2013 par la Dresse O_____, médecin au SMR, indiquant brièvement que les faits relatés dans le rapport du Dr M_____ et de Mme N_____ étaient compatibles avec une capacité de travail à 50% susceptible d'être améliorée sous traitement.

36. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 7 février 2013.

Monsieur A_____, mari de la recourante, a expliqué que leur quotidien était difficile à gérer en raison des migraines coriaces et invalidantes dont souffre son épouse. Celles-ci surviennent une à deux fois par semaine et peuvent durer de 24 à 72 heures. Lorsqu'elles s'éternisent, ils appellent SOS MEDECINS. Lorsque son épouse en est atteinte, elle est absolument incapable de quoi que ce soit, puisqu'elle reste au lit, dans le noir absolu. Il s'efforce de la soulager dans la mesure de ses moyens, en s'occupant des enfants et en lui appliquant des lingettes chaudes sur le front, lorsque son travail d'employé de banque lui en laisse l'occasion. Si tel n'est pas le cas, les parents de sa femme prennent le relais

A ces problèmes de migraine s'ajoutent ceux de la dépression. Plusieurs traitements ont été essayés, avec plus ou moins de succès. L'état de sa femme est fluctuant mais la dépression reste toujours bien présente, avec des pics parfois très violents et des idées noires qui lui ont parfois fait craindre un passage à l'acte. A plusieurs reprises, son épouse s'est sentie si mal qu'elle s'est déclarée prête à se faire interner.

Selon l'époux de la recourante, si celle-ci n'avait pas rencontré ces problèmes de santé, elle aurait travaillé à 100% : en effet, elle n'aime pas rester à la maison et apprécie le contact humain. Jusqu'à l'apparition de ses problèmes de santé, elle a d'ailleurs toujours travaillé à plein temps. Pour expliquer les revirements de son épouse, Monsieur A_____ a allégué que celle-ci aurait été contactée par un collaborateur de l'intimé qui lui aurait fait remarquer qu'il était peu plausible qu'elle eût travaillé à plein temps avec deux enfants, l'incitant à parler d'un taux de 80% afin d'éviter de prolonger la procédure.

L'époux de l'assurée a convenu que son revenu annuel - CHF 114'800.- -, leur permet de vivre sans problème financier majeur, mais il a fait remarquer que leurs charges étaient élevées : le loyer seul s'élève à CHF 3'300.- par mois ; s'y ajoutent des frais médicaux lourds et des dettes, à hauteur de CHF 19'000.-.

37. Entendue à son tour, la Dresse D_____, qui suit la recourante depuis 2008, a fait remarquer que le Dr K_____ ne l'avait pas contactée avant d'établir son rapport.

Le témoin a relaté que la recourante se plaint de troubles de la concentration et de l'attention, ce qui a été confirmé par le bilan neuropsychologique du Dr M_____ et Mme N_____, qu'elle a qualifiés de modérés.

En revanche, elle a qualifié les migraines de sa patiente de sévères puisque s'accompagnant d'une extrême fatigue, de nausées et d'un abattement pouvant durer 48 heures. Elles ne sont que partiellement calmées par les médicaments et surviennent, selon les dernières informations en sa possession, en tout cas deux fois par semaine. Pendant la durée des migraines, la recourante ne peut que rester au lit et n'est pas même capable de s'occuper de ses enfants.

En termes de capacité de travail, la Dresse D_____ a fait remarquer que si l'on compte deux épisodes de 48 heures par semaine, cela laisse peu de temps à l'exercice d'une activité lucrative, étant précisé que les crises sont fluctuantes et imprévisibles. Il lui paraît difficile de tirer des conclusions générales s'agissant de la capacité de travail en cas de migraines, car l'intensité de celles-ci varie d'une personne à l'autre : certaines peuvent travailler malgré tout, d'autres non.

La recourante souffre également d'un kératocône bilatéral, dont elle pense qu'il peut influencer la fréquence des migraines, puisqu'elle doit « forcer » sur sa vision. Il est vrai qu'elle en a été opérée, mais le témoin a dit ignorer quels étaient les derniers résultats ophtalmologiques.

A son avis, migraines et dépression sont difficilement dissociables : elles interagissent et s'influencent mutuellement.

38. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le même jour.

La recourante a souhaité revenir sur les contacts avec son interlocuteur auprès de l'OAI s'agissant de son statut. Elle affirme que c'est à sa demande qu'elle a adressé à l'intimé un courrier indiquant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%.

En 2012, elle l'avait rappelé pour savoir où en était son dossier. Il lui avait alors précisé que, pour gagner du temps, elle devait inviter sa psychologue et son médecin traitant à remplir un rapport, d'une part, lui adresser un courrier s'agissant de son statut, d'autre part. Comme elle lui faisait remarquer qu'elle l'avait déjà fait en 2010, il lui a répondu que sa situation avait changé depuis lors puisqu'elle avait eu un deuxième enfant. Elle avait répondu qu'elle aurait malgré tout travaillé à plein temps si son état de santé le lui avait permis, ce à quoi son interlocuteur lui avait rétorqué que cela paraissait peu probable, dans la mesure où elle avait deux enfants en bas âge. Il lui avait conseillé d'y réfléchir et d'en discuter avec son mari, raison pour laquelle elle avait accepté de faire mention d'un 80% - qualifié de « taux raisonnable » par son interlocuteur -, dans l'espoir de raccourcir la procédure.

Suite à cela, une enquêtrice ménagère s'était présentée à son domicile et lui avait indiqué qu'elle venait parce qu'elle avait indiqué un taux d'activité de 80%, ce qu'elle avait confirmé, suivant la même logique.

La recourante a relaté avoir suivi en 1993 un apprentissage d'employée de banque, à l'issue duquel elle a été engagée par une banque à plein temps, comme employée du back-office titres. C'est suite à la naissance de son premier enfant, en 2004 qu'elle a été licenciée, officiellement pour des raisons de réorganisation, mais, semble-t-il, en raison d'absences déjà répétées, dues à ses problèmes de santé. En 2005, elle a commencé à travailler pour son dernier employeur, d'abord sur appel, à raison de 20 ou 30%, puis à un taux de plus en plus important. Elle était épanouie dans son travail, qu'elle adorait. On lui donnait de plus en plus de responsabilités, elle progressait et aimait les contacts humains. Elle avait même entrepris une formation par correspondance dans le but d'obtenir le brevet d'expert-comptable, mais avait malheureusement dû y renoncer en raison de son état de santé.

La recourante a confirmé la pénibilité de ses migraines, dont elle a expliqué qu'elles surgissent brusquement. Elle a relaté devoir faire appel à ses parents quasi quotidiennement : son père la conduit là où elle doit aller lorsque ses problèmes de vue l'en empêchent et sa mère prend en charge ses enfants lorsqu'elle n'en est pas capable.

L'intimé a pour sa part fait remarquer que la situation de la recourante a profondément changé depuis la situation décrite dans le courrier rédigé en novembre 2010, puisqu'elle a eu un deuxième enfant et que sa situation maritale a passablement évolué : de mère seule avec un enfant, la recourante est devenue une femme mariée à un époux ayant des revenus confortables, avec deux enfants.

39. Après avoir invité les parties à se déterminer, la chambre de céans a interrogé, par courrier du 21 mars 2013, le Dr P_____, qui y a répondu le 18 avril 2013.

Ce médecin a expliqué qu'il suit l'assurée depuis novembre 2012, qu'elle se plaignait de perte d'énergie, de perte de motivation et de céphalées fréquentes ainsi que d'anxiété.

Le statut clinique était le suivant : tristesse, perte d'intérêt, troubles du sommeil avec hypersomnie, prise de poids et fatigue chronique et importante. Il a retenu le diagnostic d'épisode dépressif majeur actuellement sévère sans symptômes psychotiques.

Il a expliqué que le diagnostic, investigué et suivi depuis longtemps par les Dresses C_____ et D_____, concernait les migraines résistantes aux traitements. La dépression était présente depuis 1994, avant l'apparition des migraines mais elle était péjorée par les migraines en question. Les limitations étaient dues au problème des migraines chroniques, résistantes aux traitements. La dépression accentuait l'incapacité de travail (manque d'énergie). La dépression et les migraines se conjuguèrent pour entraîner une capacité moindre de résistance au travail, la baisse de la résistance au stress, une fatigabilité importante et donc une diminution importante de la capacité à concrétiser les tâches. S'agissant de la diminution de rendement, le Dr P_____ a renvoyé à l'avis des Dresses C_____ et D_____. Il a précisé que l'état de la recourante s'était détérioré d'un point de vue psychiatrique

depuis quelques mois avec un passage nécessaire vers le CTB à compter du 4 mars 2013 en raison d'un état d'angoisse important et d'un sommeil encore détérioré. Le traitement consistait en une fin de prise en charge par le CTB, un arrêt des antidépresseurs, aucun n'ayant été efficace, et une reprise du suivi par ses soins ainsi qu'une reprise d'un antidépresseur en discussion. La compliance semblait bonne. Une réadaptation professionnelle était prématurée.

S'agissant du rapport du Dr K_____, il se basait sur l'impact moindre de la migraine par rapport à l'impact de l'état psychologique sur l'incapacité. Pour sa part, il estimait que c'était la migraine qui aggravait la situation psychiatrique et il se référait à l'avis de ses collègues pour critiquer la discussion neurologique de l'expertise. Quant à savoir quelle était l'influence des migraines sur la capacité de travail, le Dr P_____ s'est également référé à l'avis des Dresses C_____ et D_____, qu'il estime spécialistes en la matière.

Quant au rapport des Drs F_____ et G_____, il a dit rejoindre ces médecins lorsqu'ils concluent que la question neurologique est prépondérante et influence le décours de l'état psychiatrique de la recourante.

Enfin, le Dr P_____ a expliqué que les troubles psychiatriques s'étaient péjorés les dernières semaines, ce qui l'avait conduit à demander l'intervention du CTB étant précisé que la situation n'était pas encore améliorée. La patiente avait quitté le CTB car la crise urgente était passée, mais la question de la gestion de la dépression ne voyait pas encore de suite favorable.

40. Dans ses observations du 13 mai 2013, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle avait repris partiellement le travail à 50% du 26 janvier au 23 mars 2009 mais que, depuis lors, elle était en arrêt de travail complet. Eu égard aux explications du Dr P_____, elle persistait dans les termes de son recours.
41. Quant à l'intimé, il s'est déterminé le 23 mai 2013, persistant également dans ses conclusions. S'il y avait eu aggravation, comme le relevait le Dr P_____, celle-ci était survenue en mars 2013, soit postérieurement à la décision litigieuse.
42. Le 26 juin 2013, la recourante a encore produit un certificat établi le 21 juin 2013 par la Dresse C_____, indiquant que la décision de changer de thérapeute sur le plan psychologique avait été discutée avec elle le 2 février 2012 en raison d'une aggravation de l'état dépressif. Elle avait alors été mise en liste d'attente pour voir la Dresse Q_____ dès le 3 mai 2012 qui n'avait pu la recevoir. Finalement, elle avait été adressée au Dr P_____ en octobre 2012.

Selon la recourante, ce certificat démontre que l'aggravation de son état de santé est bien antérieure à la décision litigieuse. Son passage nécessaire par le CTB le 4 mars 2013 ne correspond pas au début de l'aggravation de son état de santé, laquelle remonte à février 2012 déjà.

43. Dans ses observations du 25 juillet 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions, après avoir réinterrogé le SMR : selon lui, la détérioration de l'état de santé ne peut

être antérieure à la consultation auprès du Dr M_____, le 1^{er} novembre 2012. Or, la décision litigieuse a été rendue le 4 juillet 2012. L'assurée n'a pas fait valoir d'aggravation de son état de santé avant cette date.

44. Par écriture du 20 août 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions et requis l'audition de la Dresse C_____.

Elle allègue que l'expertise du Dr K_____ du 7 février 2012 repose sur un examen clinique du 12 janvier 2012, antérieur à la détérioration évoquée par la Dresse C_____ en février 2012. Qui plus est, le Dr K_____ s'est limité exclusivement à la sphère neurologique du problème, le plan psychiatrique ayant déjà été soumis à examen en septembre 2010.

Entendue en date du 30 janvier 2014, la Dresse C_____, qui suit la recourante depuis 2004, a expliqué que l'état de celle-ci a beaucoup fluctué depuis lors mais qu'il s'est aggravé depuis 2011, année très difficile : sur le plan somatique, l'assurée a souffert de problèmes oculaires et d'une augmentation de la fréquence des migraines, malgré le traitement et une prise en charge neurologique. Elle a d'ailleurs été hospitalisée à la fin de l'année 2011 ; sur le plan psychologique également, il y a eu une hospitalisation au CTB en février-mars 2011, suite à une détérioration de son état. Cette année a en effet été particulièrement difficile pour elle sur le plan personnel : sa fille a dû consulter un pédopsychiatre et son fils, né en 2009, a dû être suivi pour un retard de développement.

La Dresse C_____ a confirmé que c'est bien en février 2012 qu'elle a discuté avec la recourante de la possibilité de mettre sur pied un nouveau suivi sur le plan psychique. En effet, en 2011, le suivi par la psychologue qu'elle consultait depuis 2008 n'avait pu se faire régulièrement en raison des multiples problèmes somatiques rencontrés. Il était question de mettre sur pied un suivi plus intensif par un psychiatre. Malheureusement la Dresse Q_____ était tombée malade et avait mis fin à sa consultation, de sorte que ce n'était finalement qu'en novembre 2012 que la recourante avait pu consulter le Dr R_____. Cette discussion en février 2012 était motivée par l'état de la recourante, qui était alors particulièrement désespérée et découragée. Cela se traduisait notamment par une hypersomnie, l'augmentation du recours aux calmants qu'elle avait en réserve et la nécessité d'augmenter le taux des antidépresseurs : un nouvel antidépresseur avait été introduit en 2011, puis modifié par le CTB au printemps 2011 et augmenté progressivement, jusqu'à l'hospitalisation de novembre 2011, à la demande de la Dresse D_____, pour « mettre de l'ordre » dans le traitement. Il s'agissait de réduire les doses médicamenteuses afin d'éviter le cercle vicieux de l'augmentation des migraines suite à l'augmentation des médicaments.

A la même époque, la recourante a développé un kératocône et a dû se faire opérer (août 2011 et mars 2012), ce qui a engendré le stress et l'anxiété que peut ressentir tout un chacun devant l'éventualité d'une opération. L'anxiété était également liée aux problèmes financiers entraînés par ces opérations, non remboursées.

Sur le plan des migraines, il y a également eu un pic dans le courant de l'année 2011, se traduisant par une multiplication des consultations (jusqu'à trois à quatre fois par mois), avec le recours fréquent à des injections de morphine. C'est également cette situation qui a conduit à l'hospitalisation en novembre 2011.

Fin 2011, l'assurée a dû interrompre son suivi psychologique car elle ne pouvait compter sur l'aide de sa mère pour s'occuper de ses enfants, celle-ci étant moins disponible (maladie d'Alzheimer et décès de la grand-mère). C'est également la raison pour laquelle elle n'avait pas vu la recourante du 23 décembre 2011 au début du mois de février 2012.

45. Dans son écriture du 28 février 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions, s'appuyant sur l'avis du SMR du 26 février 2014 selon lequel la date d'aggravation de l'état de santé devrait être fixée au 1^{er} novembre 2012. Selon le SMR, bien que l'année 2011 ait pu être difficile pour la recourante, plusieurs éléments du dossier s'opposent à ce qu'une date d'aggravation antérieure soit prise en considération : l'expertise du Dr K_____, en février 2012, ne mentionne pas de pathologie psychiatrique ; à cette même époque, Mme E_____ retenait uniquement un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive ; enfin, dans son rapport du 29 juin 2012, la Dresse C_____ retenait un diagnostic de trouble de l'adaptation et non de trouble dépressif.
46. Par écriture du même jour, la recourante a conclu à ce qu'un statut d'active lui soit reconnu à 100% et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée, sous suite de dépens.

En substance, la recourante reprend les arguments développés au cours de la procédure.

En ce qui concerne l'évolution de son état de santé, elle allègue que les Drs D_____ et P_____ ont confirmé la gravité et l'aspect invalidant de ses migraines, aggravation qui ne saurait être considérée comme postérieure à la décision querellée du 4 juillet 2012, compte tenu des déclarations du 30 janvier 2014 de la Dresse C_____.

47. Par courrier du 12 mars 2014, la recourante a encore contesté les éléments contenus dans l'écriture de l'intimé du 28 février 2014 : elle souligne que l'expertise du Dr K_____ se limitait à la sphère neurologique ; elle renvoie à l'expertise des Drs F_____ et G_____ pour le surplus ; elle ajoute que le rapport du 28 février 2012 de Mme E_____ indiquait que le dernier contrôle avait eu lieu en décembre 2011 et que le suivi médical n'avait pu se faire de manière régulière ; enfin, elle relève que dans son rapport du 29 juin 2012, cette dernière faisait également mention d'états dépressifs récurrents.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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).

La compétence de la Cour de céans 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^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} 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^{er} 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 et 4 let. b LPGA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut prétendre une rente d'invalidité, en particulier sur la méthode de calcul applicable pour déterminer son degré d'invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} 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.

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

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. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité

lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

9. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

10. 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). 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).

11. En l'espèce, l'intimé considère que, sans son atteinte à la santé, la recourante aurait exercé son activité professionnelle à 80%, consacrant le reste de son temps à la tenue de son ménage, soit 20%. Il se fonde sur le taux d'activité contractuel de la recourante à compter du mois de septembre 2008, sur sa situation familiale (mariée avec deux enfants) et sur le fait que son époux est salarié et réalise un revenu confortable.

Quant à la recourante, elle conteste ce statut mixte et soutient qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 100%. A l'appui de ses dires, la recourante met en avant son jeune âge, sa situation financière et le fait d'avoir déjà travaillé à 100%, en 2008, alors que sa fille était déjà née, ainsi que l'aide que peuvent lui apporter ses parents pour s'occuper de ses enfants pendant son temps de travail. S'agissant du courrier du 3 février 2012 dans lequel elle avait indiqué à l'intimé vouloir travailler à 80% pour s'occuper de ses enfants les mercredis, elle allègue l'avoir rédigé à la demande d'un collaborateur de l'intimé, par souci d'éviter de prolonger la procédure.

Il ressort du dossier que la recourante a travaillé pour son dernier employeur de 2005, jusqu'à son licenciement, en 2010. Durant cette période, elle a régulièrement augmenté son temps de travail jusqu'à 100% entre janvier et août 2008, avant de le réduire à 80% dès le 1^{er} septembre 2008, en raison de ses problèmes de santé et de l'absence de solution de garde pour sa fille. En 2008, lorsqu'elle travaillait à 100%, la recourante avait déjà un enfant, alors âgé d'environ 4 ans. Par courrier du 16 novembre 2010, elle a précisé à l'intimé vouloir poursuivre une activité professionnelle à plein temps, en raison du volume élevé de travail et de sa situation financière difficile en lien avec son départ du domicile conjugal avec sa fille, dans le contexte d'un divorce d'avec son premier époux.

Par la suite, par courrier du 3 février 2012, la recourante a informé l'intimé qu'après réflexion et discussion avec son mari, elle aurait poursuivi son activité à 80%, ce qui lui aurait permis de garantir à sa famille une situation financière décente et de pouvoir garder ses enfants les mercredis. Lors de son entretien avec Mme L_____ dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage du 22 mai 2012, la recourante a maintenu ses déclarations.

La recourante a accouché d'un second enfant en 2009, s'est remariée la même année. Son époux est employé de banque à plein temps et reçoit un salaire annuel de CHF 114'800.-.

De l'ensemble des circonstances, il ressort que l'exercice d'une activité au taux de 80% paraît vraisemblable au vu du courrier du 3 février 2012 et de la nouvelle

situation familiale et financière de la recourante, d'autant que celle-ci n'est revenue sur ses premières déclarations que dans le cadre de son opposition du 2 juillet 2012 au projet de décision du 31 mai 2012. En effet, selon la jurisprudence, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). L'application de ce principe apparaît d'autant plus opportune en l'espèce, que la recourante n'est revenue sur ses déclarations de 2012 qu'après avoir consulté son assurance de protection juridique, puis son conseil.

La recourante allègue que ses premières déclarations seraient à mettre sur le compte de la pression qu'elle aurait subie de la part d'un collaborateur de l'intimé. Entendue par la Cour de céans, la recourante a expliqué que cette personne lui avait conseillé de réfléchir au taux d'activité qu'elle aurait déployé, compte tenu de sa nouvelle situation personnelle et familiale, et d'en discuter avec son époux. On ne voit pas là qu'elle aurait subi une contrainte telle qu'elle aurait été amenée à faire des déclarations contraires à sa volonté ; on peut également en tirer la conclusion qu'elle a alors mûrement réfléchi à sa situation avant de se déterminer et qu'elle s'en est ensuite repentie en prenant conscience des conséquences juridiques de ses déclarations.

Par conséquent, le statut mixte reconnu à la recourante par l'intimé doit être confirmé à raison de 80% pour l'activité professionnelle et de 20% pour la tenue du ménage. Au demeurant, ni les constatations et ni les conclusions de l'enquête économique sur le ménage ne sont contestées, de sorte que celle-ci doit également être confirmée.

Reste à examiner l'éventuel droit aux prestations de la recourante, à la lumière de son degré d'invalidité et des rapports médicaux figurant au dossier.

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

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative

insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

13. 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 LPG), 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).

14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

15. a) En l'espèce, la recourante requiert le versement d'une rente entière d'invalidité. Elle s'appuie sur l'expertise des Drs F_____ et G_____ en ce qui concerne ses troubles psychiques et sur les rapports des Drs C_____, D_____, M_____ et P_____ par rapport au caractère invalidant de ses migraines. De plus, la recourante soutient que son état de santé s'est dégradé en février 2012, soit avant que la décision litigieuse ne soit rendue.

Pour sa part, l'intimé considère que la recourante présente un degré d'invalidité de 33% (30% dans la sphère professionnelle et 3% dans la sphère ménagère), insuffisant pour lui ouvrir droit à une rente d'invalidité. Pour parvenir à ces conclusions, il se fonde sur les avis des médecins du SMR, eux-mêmes basés sur les

expertises des Drs F_____ et G_____ et K_____. L'intimé conteste toute aggravation de l'état de santé de la recourante avant le mois de novembre 2012.

b) La chambre de céans constate que l'expertise des Drs F_____ et G_____ répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde sur trois entretiens avec la recourante et sur l'étude de son dossier médical, expose son anamnèse, l'évolution de sa maladie et les résultats des traitements mis en œuvre et relate ses plaintes. Les experts ont posé des diagnostics clairs et cohérents avec les avis médicaux de leur confrères figurant au dossier et présenté des conclusions motivées quant à l'incapacité de travail et aux limitations fonctionnelles. Leur appréciation du cas de la recourante permet de comprendre les troubles psychiques dont elle souffre et leurs conséquences sur sa capacité de travail et son rendement. Par ailleurs, les parties ne contestent pas les conclusions de cette expertise, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue.

La chambre de céans n'a dès lors aucun motif de s'écarter des conclusions des Drs F_____ et G_____. Ainsi, sur le plan psychiatrique, la recourante présente une capacité de travail de 50%, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Sur ce point, il convient de préciser que la thèse de la recourante selon laquelle, à teneur de l'expertise qui retient un rendement réduit de 50% par rapport à un rendement optimum, sa capacité de travail serait en réalité de 25% (50% de 50%) ne peut être raisonnablement suivie. En effet, les conclusions des experts doivent être comprises dans le sens que le rendement de la recourante est de 50% pour une activité à plein temps. Dans la mesure, où la capacité de travail est évaluée à 50%, on ne saurait lui appliquer en sus une diminution de rendement de 50%.

c) Sur le plan neurologique, il apparaît que l'expertise du Dr K_____ répond également aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. En effet, ce dernier rappelle le contexte de l'expertise et s'être concentré exclusivement sur la problématique neurologique présentée par la recourante, renvoyant à l'expertise des Drs F_____ et G_____ pour les problématiques psychiatrique. Il expose l'anamnèse de la recourante, les éléments pertinents de son dossier médical et sa situation. Il relève que les migraines sont vraisemblablement générées par l'état psychique de la recourante, ce qui rejoint les conclusions de la Dresse C_____ et des Drs F_____ et G_____. Le diagnostic et les conclusions du Dr K_____ sont clairs, fondés sur son expérience et sur le dossier de la recourante. Selon lui, les migraines de la recourante (une fois tous les dix jours au moment de l'expertise) limitent sa capacité de travail épisodiquement, mais ne sont pas invalidantes.

La recourante conteste les conclusions de cette expertise. Elle relève les termes de l'expertise selon lesquels « [m]ême avec une migraine très active, il ne m'a pas été possible de rencontrer dans mon expérience de neurologue, une situation justifiant une invalidité » et en conclut que le Dr K_____ nie le caractère invalidant de ses migraines, ses propres migraines ne l'empêchant pas d'exercer son activité de neurologue. Cette interprétation ne saurait emporter la conviction de la chambre de

céans. Certes, la formulation de la phrase est maladroite. Toutefois, à sa lecture, on comprend que le Dr K_____ soutient n'avoir jamais eu à faire à un cas de migraine invalidant au cours de sa carrière.

La recourante fonde également sa critique de l'expertise sur l'avis du 18 août 2012 de la Dresse D_____, reconnaissant à ses migraines un caractère invalidant. Toutefois, cet avis ne saurait conduire la chambre de céans à s'écarter des conclusions du Dr K_____. En effet, non seulement l'avis de la Dresse D_____ est postérieur à la décision de l'intimé, mais il ne fait pas état d'une augmentation de la fréquence des migraines avant le mois d'août 2012 et n'apporte aucun élément ayant été ignoré par le Dr K_____.

Par conséquent, la chambre de céans n'a aucun motif pour s'écarter des conclusions du Dr K_____. Ainsi, sur le plan neurologique, la recourante ne présente pas d'incapacité de travail.

d) Reste à déterminer si l'état de santé de la recourante s'est dégradé antérieurement ou postérieurement à la décision attaquée du 4 juillet 2012.

Comme relevé au point précédent, l'avis de la Dresse D_____ du 18 août 2012 relate une intensification de la fréquence des migraines de la recourante à compter du mois d'août 2012, soit postérieurement à la décision faisant l'objet du recours.

Le rapport du 1^{er} novembre 2012 Dr M_____ et de Mme N_____ met en évidence une diminution des performances de la recourante et l'existence d'une symptomatologie dépressive sévère, dont on ignore si elle est passagère ou prolongée et quels effets elle aurait sur sa capacité de travail. En tous les cas, aucun élément ne permet de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante antérieure au 1^{er} novembre 2012.

Le rapport du Dr P_____ du 18 avril 2013 retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur actuellement sévère, sans symptômes psychotiques. La recourante avait d'ailleurs dû séjourner auprès du CTB en mars 2013, en raison de son état d'angoisse et d'un sommeil encore détérioré. Son état s'était péjoré durant les semaines qui ont précédé l'établissement du rapport. Toutefois, le Dr P_____ ne prend aucune conclusion relative à la capacité de travail et ne fait état d'aucune aggravation de l'état de santé de la recourante antérieure aux mois de février ou mars 2013. Ainsi, dans l'éventualité où la recourante présenterait bien une aggravation de son état de santé, celle-ci serait une fois encore postérieure à la décision attaquée.

Lors de son audition du 30 janvier 2014, la Dresse C_____ a indiqué que l'état psychique de la recourante s'était dégradé depuis 2011, suite à une année difficile sur les plans médical et personnel. En raison de cette aggravation, elle avait discuté avec cette dernière de la mise en place d'un suivi psychiatrique en février 2012, suivi qui n'avait pu être mis en œuvre qu'en octobre 2012, pour des raisons étrangères à la volonté de la recourante. La chambre de céans ne saurait toutefois se rallier aux conclusions de la Dresse C_____. En effet, les déclarations de cette

dernière sont contradictoires avec son certificat du 29 juin 2012, dans la mesure où les diagnostics retenus sont similaires, voire identiques, à ceux qu'elle avait retenus dans son rapport du mars 2009. En outre, le certificat du 29 juin 2012 ne mentionne aucune aggravation de l'état de santé de la recourante. Il convient également de relever que la nécessité de mettre en œuvre un suivi psychiatrique a déjà été mise en avant par les Drs F_____ et G_____ dans leur expertise du 2 septembre 2010, dont la valeur probante a déjà été reconnue. On ne peut dès lors conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante antérieure à la décision contestée sur cette base.

Enfin, les rapports émis par Mme E_____ ne permettent pas non plus à la chambre de céans de parvenir à une autre conclusion. Non seulement Mme E_____ n'est pas un médecin psychiatre, mais ses rapports ne sont pas suffisamment motivés et ses conclusions ne correspondent pas à celles figurant dans les autres rapports et expertises figurant au dossier.

e) Au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité de la recourante s'élève à 33%, conformément à ce qu'a retenu l'intimé dans sa décision du 4 juillet 2012. En d'autres termes, le 4 juillet 2012, l'intimé était légitimé à se baser sur l'enquête économique sur le ménage de la recourante du 22 mai 2012 et sur les expertises des Drs F_____ et G_____ et K_____ pour retenir un degré d'invalidité total de 33%, insuffisant pour ouvrir à la recourante un droit à une rente d'invalidité, même partielle. Ainsi, le recours est mal fondé.

Conformément à la jurisprudence, la chambre de céans a apprécié la légalité de la décision querellée d'après l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue, soit le 4 juillet 2012. Si l'aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à cette date apparaît comme une possibilité, elle n'a pas à être tranchée en l'espèce, dans la mesure où cette question est hors du champ du litige. Ainsi, si la recourante estime que son état de santé s'est aggravé postérieurement à la décision litigieuse et que cela peut justifier l'octroi d'une rente, il lui est loisible de formuler une demande de révision en ce sens auprès de l'intimé.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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 SECHAUD

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