



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3034/2018

ATAS/26/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 janvier 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée chez M. B_____, à VUADENS,
représentée par INCLUSION HANDICAP

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1963, a travaillé en qualité d'aide-comptable à 95 % pour la ville C_____ dès août 2002.
2. En janvier 2011, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) en raison d'une lombosciatalgie évolutive.
3. Après avoir pris en charge un accompagnement pendant la reprise du travail et l'achat de matériel de bureau ergonomique, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente, dès lors qu'elle avait repris son activité au taux habituel le 1^{er} mai 2011, de sorte que son taux d'invalidité était nul dès cette date.
4. Le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a attesté une incapacité de travail totale dès le 9 mai 2014, régulièrement prolongée jusqu'au 30 novembre 2014.
5. Dans un courrier du 25 septembre 2014 au médecin-conseil de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée présentait un état dépressif important. Elle l'avait consulté la première fois le 23 août 2013 pour des céphalées quotidiennes invalidantes. Elle travaillait au guichet du service de police et subissait quotidiennement l'agressivité des usagers. Elle avait bénéficié d'une médication par amitriptyline à 10mg, destinée à traiter tant la céphalée de tension que la maladie migraineuse. L'incapacité de travail était motivée par l'état dépressif, lié à un épuisement professionnel. Une reprise du travail était envisageable prochainement à 50 %, avec une augmentation progressive, mais elle était subordonnée à un changement de poste. La capacité de travail serait très certainement meilleure dans un poste plus adapté. Le pronostic demeurait bon.
6. Le 20 octobre 2014, l'assurée a eu un entretien avec l'OAI à la suite d'une annonce de détection précoce par son assureur d'indemnités journalières en cas de maladie. Elle a indiqué qu'elle avait été transférée au service de la police deux ans auparavant. Elle souffrait de migraines chroniques depuis des années, leur fréquence ayant augmenté à deux à trois épisodes par semaine. Elle allait mieux depuis l'instauration d'un nouveau traitement. Elle souhaitait travailler, mais ne voulait plus assurer l'accueil au guichet en raison de l'agressivité des usagers.
7. Le 19 novembre 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
8. Le 27 novembre 2014, le Dr D_____ a attesté une incapacité de travail de 70 % du 1^{er} au 31 décembre suivant.
9. Dans un rapport du 10 décembre 2014, le Dr D_____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un état dépressif important dans le cadre d'un épuisement professionnel. L'assurée présentait également des céphalées de tension, sans incidence sur sa capacité de travail. Le pronostic était favorable en cas de

changement de cadre de travail. L'activité serait exigible à 50 % depuis le 1^{er} février 2015, moyennant une adaptation du poste. Le médecin préconisait une augmentation progressive de la capacité de travail.

10. Le 12 décembre 2014, l'employeur de l'assurée a indiqué à l'OAI que celle-ci était collaboratrice administrative à plein temps. Son revenu en 2014 était de CHF 89'032.65.
11. Dans un rapport du 28 janvier 2015, l'OAI a noté que l'assurée disait avoir une quantité importante de travail et éprouver des difficultés à gérer le stress inhérent au guichet. Elle aimait toutefois beaucoup son travail. Le stress augmentait ses migraines et son moral y était lié. Elle disait aller actuellement un peu mieux. La reprise se passait bien, à condition qu'elle n'ait pas besoin d'aller au guichet. Elle envisageait une reprise progressive.
12. Selon une note du 16 février 2015 de l'OAI, l'assurée reprendrait le travail à 50 % le 1^{er} mars 2015.
13. Le 3 mars 2015, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il prenait en charge des séances de coaching en vue de l'exercice d'une activité adaptée, dont il a renouvelé l'octroi le 29 mai 2015.
14. Selon une note du 6 mars 2015, l'assurée avait indiqué à l'OAI que la reprise à 50 % débiterait finalement en avril. Pour l'instant, le travail au guichet s'était bien passé, mais la relation avec son collègue direct était difficile. Elle réalisait qu'elle paniquait vite, ce qui entraînait des migraines.
15. Selon une note de l'OAI du 8 avril 2015, il était prévu que l'assurée retourne travailler au guichet deux matins par semaine. Elle disait avoir pris beaucoup de recul par rapport à cette activité. Elle ne se sentait pas bien à cause de ses migraines et des changements au travail, mais affirmait être apte à reprendre à 50 %.
16. Selon une note d'entretien téléphonique de l'OAI avec le Dr D_____ à la même date, l'épuisement de l'assurée était en lien avec son travail au guichet. Elle allait beaucoup mieux. Le poste actuel, sans trop de présence au guichet, était adapté, et elle pourrait reprendre à 80-100 %. En revanche, le pronostic serait moins favorable si elle devait reprendre dans les mêmes conditions qu'avant. Le stress aggravait la fréquence de ses migraines.
17. Lors d'un entretien du 21 avril 2015 avec l'OAI, l'assurée s'est dite très satisfaite de la mesure de coaching. Elle avait demandé une mutation à l'interne.
18. L'OAI a eu un entretien avec l'assurée et son employeur en date du 29 avril 2015. Celle-ci a répété que le travail au guichet était très pénible. Elle affirmait pouvoir assumer son poste, hormis cette tâche. L'employeur ne voyait pour l'heure pas de possibilité adaptée ni de poste disponible dans un autre service. L'assurée pourrait poursuivre dans son poste sans activité de guichet jusqu'en juillet, mais pas au-delà.

19. Selon une note du 18 mai 2015 de l'OAI, l'assurée a subi une incapacité de travail totale du 4 au 9 mai 2015.
20. Dans un rapport du 5 juin 2015, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, malgré une légère amélioration depuis mai 2015. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité de secrétaire administrative.
21. Le 11 juin 2015, l'employeur de l'assurée lui a proposé un stage à 50 % auprès de la réception de la mairie jusqu'au 28 août 2015.
22. Dans un rapport reçu le 16 août 2015 par l'OAI, le Dr D_____ a indiqué que le diagnostic justifiant l'incapacité de travail était celui d'état dépressif moyen. Le traitement consistait en administration de Deroxat®. L'évolution était normalement favorable.
23. Selon un entretien téléphonique du 20 août 2015 avec l'OAI, l'assurée était très contente du stage. Elle affirmait que ses migraines n'étaient pas liées au stress de son travail, elle en avait eu autant durant ce stage que durant son travail au service de police. Elle rapportait sept à dix crises par mois, survenant de manière imprévisible. S'agissant de sa capacité de travail, un temps de repos semblait nécessaire pour gérer ses migraines.
24. À la demande de l'OAI du 15 septembre 2015, le Dr D_____ a précisé que la capacité de travail de l'assurée ne pouvait s'améliorer au vu de la sévérité de l'état anxio-dépressif.
25. Lors d'un entretien du 19 novembre 2015, l'assurée a informé l'OAI que la fréquence de ses migraines diminuait grâce au traitement (quatre crises par mois) et qu'elle pensait augmenter sa capacité de travail. Cela restait assez irrégulier, elle arrivait parfois à assumer parfaitement son mi-temps et certains jours plus difficilement.

L'OAI lui a proposé, en accord avec son employeur, de mettre en place une mesure afin d'évaluer s'il était envisageable d'augmenter sa capacité de travail. Cette mesure pourrait débuter dès le 1^{er} décembre 2015, selon des modalités à discuter.
26. Selon une note de l'OAI du 24 novembre 2015, l'assurée a indiqué qu'elle avait « envie d'avancer ». L'OAI lui a proposé une mesure de réentraînement au travail dès le 1^{er} décembre 2015, afin d'atteindre un taux d'activité de 70 % dès le mois de décembre 2015, de 80 % en mars-avril 2016 et de 100 % en juin 2016.
27. Par communication du même jour à l'assurée, l'OAI a confirmé l'octroi d'une mesure de réentraînement au travail du 1^{er} décembre 2015 au 30 juin 2016. Pendant la durée de la mesure, les indemnités journalières seraient versées directement à l'employeur. L'OAI attendait une capacité de travail de 70 % dès le mois de décembre 2015, qui devrait atteindre 100 % à la fin de la mesure.
28. Le Dr D_____ a attesté une incapacité de travail de 30 % en décembre 2015 et janvier 2016.

29. Lors d'un bilan du 27 janvier 2016, l'employeur a indiqué que la reprise à 70 % s'était bien déroulée. L'assurée avait dû gérer de nouvelles tâches et il y avait eu un afflux de travail dès le 11 janvier 2016, qui l'avait un peu déstabilisée et qui avait entraîné une migraine. Depuis le mois de décembre, elle avait été absente deux jours. Elle avait environ trois à quatre grosses crises par mois, ce qui entraînait chaque fois une importante fatigue, une diminution d'énergie et un ralentissement dans son travail. L'apparition des migraines restait variable et leur fréquence était fluctuante. L'assurée expliquait qu'elle parvenait désormais à bien gérer le travail au guichet, mais qu'elle se sentait parfois stressée en raison de la quantité de travail et de sa peur de faire des erreurs. Il lui était très difficile de tenir le coup à 70 %, mais elle souhaitait tout de même poursuivre à ce taux pour l'instant. Elle avait arrêté le suivi avec son psychiatre après trois séances, car il était trop difficile pour elle d'aborder certaines choses du passé.
30. Le Dr D_____ a attesté une incapacité de travail de 50 % dès le mois de février 2016.
31. Dans un rapport du 23 février 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté une capacité de travail de 60 % dans toute activité. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de trouble dépressif organique depuis avril 2014 (F 60.32) et de migraines. Au status, l'assurée était calme, collaborante, orientée dans le temps et l'espace. Sa vigilance était conservée, sans troubles de la concentration ou de l'attention. Elle se disait en colère contre ses migraines qui l'empêchaient de faire ce dont elle avait envie et de travailler. Son humeur était souvent triste. Elle n'avait pas de troubles de l'appétit ni du sommeil. Elle avait des moments d'anxiété ou de gêne dans la foule. Elle évitait de conduire trop longtemps, de peur de déclencher un accident en cas de migraine. Elle n'avait pas d'idées suicidaires. Sur le plan somatique, elle se plaignait de migraines. Entre les crises, elle gardait des céphalées en continu. Le pronostic était mauvais en raison du caractère chronique et résistant aux traitements du trouble migraineux et de l'échec du traitement antidépresseur.
32. Le Dr E_____ a attesté une incapacité de travail totale du 7 au 25 avril 2016 et de 50 % du 26 avril au 26 mai 2016.
33. Le 27 mai 2016, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'une expertise serait mise en œuvre. Le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, était mandaté. Un délai était imparti à l'assurée pour proposer des questions complémentaires ou faire valoir des motifs de récusation à l'encontre de l'expert.
34. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique du Noirmont du 17 mai au 7 juin 2016.
- Dans leur rapport du 28 juin 2016, les médecins de cette clinique ont diagnostiqué un trouble dépressif organique depuis avril 2014 (F 06.32) et des migraines. L'assurée avait tendance à s'isoler. Lors de l'admission, elle était triste et légèrement tendue. Elle se plaignait de céphalées et de tensions musculaires dans la région de la nuque. Son appétit était conservé. Son sommeil était agité. Il n'y avait

pas d'éléments de la lignée psychotique, ni d'idées suicidaires. Le début du séjour était marqué par l'angoisse du fait d'être loin de sa fille. Elle avait eu au moins deux crises de migraines, traitées par injection. La symptomatologie dépressive, qui s'était aggravée quelque peu au début du séjour, nécessitait l'augmentation du traitement antidépresseur. Le séjour avait été bénéfique. L'assurée avait pu utiliser différentes approches psychocorporelles et son anxiété avait diminué. Le traitement antidépresseur permettait une amélioration progressive des symptômes dépressifs, mais l'assurée restait modérément déprimée à la sortie. Ceci était à mettre en relation avec le contexte professionnel, au vu du licenciement prévu pour la fin du mois de juin.

35. Dans son rapport du 24 juin 2016, l'OAI a retenu que l'assurée ne parvenait pas à assurer un taux d'activité de 50 %. Elle avait en effet été absente plus de 30 jours durant la mesure, et contrainte à plusieurs reprises de quitter le travail de manière anticipée. Son rendement fluctuait en fonction de son état de santé. L'employeur préconisait un emploi avec des horaires aménageables en fonction de l'état de santé de l'assurée, ce qui n'était pas envisageable à la ville C_____. Il n'avait pas été favorable à la prolongation de la mesure au-delà du 30 juin 2016.
36. Le Dr E_____ a attesté une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} juin au 31 juillet 2016.
37. Le Dr D_____ a attesté une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} août au 30 septembre 2016.
38. Le 6 décembre 2016, le Dr F_____ et le docteur G_____, médecin assistant, ont rendu leur rapport d'expertise.

Ils y ont relaté le parcours professionnel de l'assurée et son anamnèse. Ils ont indiqué que cette dernière s'étonnait de la dimension psychiatrique de l'expertise, insistant sur le handicap lié à ses migraines. Son discours était clair et informatif, souvent circonstancié. La thymie était généralement neutre durant l'entretien, malgré un épisode de pleurs intenses en lien avec l'absence d'explication médicale de sa maladie migraineuse, et un épisode d'élévation de l'humeur lorsqu'elle avait présenté son fils. Hormis à ces deux moments, il n'y avait pas eu d'agitation psychomotrice. On ne retrouvait pas de symptômes de la lignée psychotique, notamment pas de trouble du moi, ni d'hallucination acoustico-verbale ou visuelle. Les symptômes de la lignée dépressive étaient essentiellement liés à des troubles du sommeil, ainsi qu'à une anhédonie et une aboulie, avec un sentiment d'inutilité et de culpabilité de ne pas être au travail. L'assurée ne décrivait pas d'idées noires ni suicidaires, mais des ruminations importantes liées à la perte de son niveau de fonctionnement et à l'incapacité de se définir hors du rôle de travailleuse fiable. Cette perte semblait favoriser l'expression d'une symptomatologie anxieuse. Elle mentionnait l'apparition durant la dernière année de symptômes évocateurs d'attaques de panique précédant ses crises de migraines ou les compliquant, avec notamment, sensation de ne plus pouvoir respirer, sentiment de mort imminente,

paresthésie des membres supérieurs, peau moite, et à au moins trois ou quatre reprises dans les deux dernières années, un état quasiment dissociatif de relative courte durée, suivi d'une profonde fatigue. Ces symptômes poussaient l'assurée à s'isoler et à limiter les interactions sociales, par crainte d'une survenance en public. Sur le plan de la symptomatologie migraineuse, l'assurée expliquait souffrir de crises devenues de plus en plus invalidantes depuis plus de 20 ans. Elle décrivait plusieurs crises par semaine, non prédictibles et ne dépendant d'aucun facteur extérieur, accompagnées d'aura sensitive et d'une photo-phonophobie marquée, qui duraient de quelques heures à quelques jours. L'atteinte à la santé se manifestait essentiellement par ces crises de migraine ne répondant que de manière très marginale à la pharmacothérapie. L'assurée disait apprécier son travail. Elle souffrait de ne pouvoir maintenir ses engagements et décrivait une culpabilité handicapante lorsqu'elle devait rentrer chez elle en milieu de journée.

Les experts ont relevé que la correspondance entre l'assurée et l'OAI révélait une volonté hors du commun de maintenir une activité professionnelle, en dépit des crises migraineuses, mais également une incapacité à reconnaître ses limites, illustrée par les multiples adaptations du temps de travail à la hausse qui s'étaient avérées intenables par la suite.

Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'invalidité. Les Drs F_____ et G_____ ne relevaient pas non plus de motifs d'exclusion. Ils ont précisé que si les migraines n'étaient que rarement en lien avec un substrat organique objectivable, la symptomatologie douloureuse qu'elles occasionnaient n'était pas à mettre en doute. Par ailleurs, la littérature scientifique admettait une influence réciproque entre la dépression et les migraines.

La personnalité de l'assurée, obstinée et entièrement soumise à la valeur travail, semblait obéir à de puissants schémas d'assujettissement et d'abnégation, mais elle était également rigide et difficilement accessible à l'introspection. En d'autres termes, l'assurée se conformait, de peur d'être punie, ou d'être égoïste sans admettre ses limites, jusqu'à l'épuisement. Ses efforts pour comprendre sa maladie et en reconnaître les facteurs déclencheurs avaient été consciencieux mais superficiels, en ce sens qu'elle excluait des facteurs psychologiques, pourtant envisageables. La dimension opératoire de sa réflexion et la rigidité des principes sur lesquels elle s'appuyait, ainsi que l'absence de verbalisation de sentiments, évoquaient des traits de personnalité anankastique. L'assurée se jugeait sévèrement et son estime d'elle-même s'en trouvait effondrée, car elle était toujours liée à sa capacité à faire face et à assumer son rôle de manière autonome. On pouvait citer en exemple son divorce, voulu parce que son mari buvait lorsqu'il rentrait le soir et ne participait pas aux tâches ménagères. Elle avait préféré élever seule ses enfants, pouvant ainsi contrôler tous les éléments de leur quotidien, plutôt que de rechercher un compromis.

Avant 2013, les migraines n'avaient pas encore le caractère invalidant qu'elles revêtaient depuis. Le niveau d'activité de l'assurée était élevé. Elle partageait son

temps entre ses enfants, son travail et des activités de bénévolat. Depuis 2013, la restriction progressive de son mode de vie était notable, avec une baisse dramatique de son assiduité au travail et de son endurance en général.

Au sujet des ressources de l'assurée, les médecins ont évoqué le suivi par les Drs D_____ et E_____, très présents. Sa fille était récemment revenue habiter chez elle, à la fois pour la soutenir et pour des raisons purement pratiques. Par ailleurs, les caractéristiques de la personnalité de l'assurée pouvaient être considérées à la fois comme des ressources et comme un obstacle. Elle disposait d'un réseau social étroit (ses enfants) mais soutenant, sur lequel elle semblait pouvoir s'appuyer. Ses antécédents professionnels et les évaluations récentes réalisées dans le cadre du réentraînement au travail révélaient de bonnes aptitudes à la communication et une motivation presque excessive. Elle avait participé de manière active au réentraînement au travail ainsi qu'au stage, et y avait fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation.

L'assurée s'occupait de son ménage et appréciait de promener son chien. Elle voyait peu de monde et ne téléphonait qu'occasionnellement à l'une de ses sœurs. Dans l'ensemble, son quotidien apparaissait minutieusement organisé. L'assurée disait conserver l'énergie nécessaire à la tenue de son ménage, mais avait besoin de sa fille pour faire les courses, car elle craignait de faire une crise de migraine ou de panique à l'extérieur.

Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient les suivants : migraines avec aura, intraquables, avec *status migrainosus* depuis 2013 (G 43.111), trouble dépressif organique d'intensité moyenne à sévère depuis avril 2014 (F 06.32), et attaques de paniques (F 41.0) depuis mai 2016, de fréquence et d'intensité progressivement plus marquées. Les migraines épuisaient l'assurée, et leur imprévisibilité entraînait une anxiété d'anticipation, culminant depuis peu en attaques de panique. L'assurée restreignait son style de vie, évitant des activités qui lui faisaient plaisir de peur d'être surprise par une crise dans un environnement non contrôlé. Cet évitement était responsable d'une majoration de la symptomatologie dépressive. On devait ainsi considérer que l'état dépressif était lié à l'invalidité causée par les migraines et, en ce sens, devait être qualifié d'organique.

Du point de vue du traitement, les migraines requéraient généralement l'instauration d'un traitement de fond associé à un traitement des crises. Le traitement de l'assurée ne comportait que des traitements de réserve en cas de crise, et on ne retrouvait pas de pharmacothérapie de fond. Par ailleurs, une origine organique telle qu'une brèche de dure-mère ou la présence d'une artère basilaire dolicho-ectasique devait être investiguée, car ces causes étaient réversibles. Sur le plan psychiatrique, le traitement antidépresseur était adéquat, mais son dosage pourrait être augmenté. Sur le plan psychothérapeutique, l'assurée n'avait accepté un suivi que depuis peu, et la fréquence des entretiens pourrait être augmentée. La coopération de l'assurée au cours des thérapies était décrite comme satisfaisante, mais il fallait relever des résistances importantes, en rapport avec sa personnalité, notamment ses traits

anankastiques s'opposant à la fois à une remise en question plus profonde et à l'acceptation même d'une invalidité.

S'agissant de l'exigibilité des mesures de réadaptation, les experts ont souligné que les compétences de l'assurée dans des domaines administratifs moins exposés que le travail au guichet avaient été largement démontrées par le passé. Un reclassement dans un domaine ne nécessitant pas de contact avec le public, portant sur une activité solitaire impliquant les chiffres et requérant de la minutie, permettrait de se passer de mesures supplémentaires.

La prise en charge neurologique depuis 2013 semblait adéquate, même si elle avait été limitée par l'assurée, qui semblait avoir refusé dans un premier temps l'introduction d'une médication adaptée.

Au sujet de la capacité de travail médicalement attestée, les experts ont noté qu'elle n'avait pas dépassé 50 % depuis 2014, en dépit des efforts de réadaptation. La capacité de travail moyenne effective était beaucoup plus basse. À l'évidence, elle ne pourrait atteindre 50 % sans modification majeure de la symptomatologie migraineuse, dépressive et anxieuse. Néanmoins, en raison de sa personnalité, l'assurée souffrirait et culpabiliserait si une incapacité de 100 % devait être prononcée, ce qui aggraverait ses troubles. Pour tenir compte de son souhait de poursuivre une activité professionnelle, il paraissait important de proposer un reclassement, qui permettrait d'atteindre une capacité de travail de 50 % avec un rendement conservé dans un environnement professionnel adapté. Les activités solitaires centrées sur le traitement des chiffres ne s'étaient pas accompagnées du même caractère invalidant des crises migraineuses que le contact avec le public. L'assurée était plus à l'aise dans un environnement contrôlé et prédictible. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée perdait tous ses moyens et devait s'isoler lors d'une crise migraineuse.

39. Dans un avis du 23 mars 2017, la doctoresse H_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu que l'expertise des Drs F_____ et G_____ « n'éclairait pas l'impact de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail de l'assurée ». L'expertise n'était pas convaincante, les experts dépassant leur champ de compétence et l'appréciation de la situation médicale sur le plan psychiatrique n'étant ni claire ni cohérente. La réalisation d'une expertise psychiatrique restait incontournable.
40. Le 12 juin 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait confier une expertise au professeur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et lui a imparti un délai pour poser des questions complémentaires ou faire valoir des motifs de récusation.
41. Le Pr I_____ et Madame J_____, psychologue, ont rendu leur rapport d'expertise le 22 septembre 2017.

À la suite d'une anamnèse personnelle, professionnelle et médicale, les experts ont noté qu'au plan social, l'assurée avait des contacts quotidiens avec des amies et des relations de longue date. Elle était également entourée par sa sœur et ses enfants.

Elle était indépendante dans les activités de la vie quotidienne. Elle mentionnait une structure de vie stricte, avec des horaires à respecter et une hygiène alimentaire afin de contenir ses migraines. Elle marchait une dizaine de kilomètres par jour avec son chien.

S'agissant de ses plaintes, l'assurée décrivait le début des tensions après un conflit violent avec son ex-mari en 1999. Elle avait dû se battre pour élever ses enfants et en conserver la garde. En 2006, la situation s'était compliquée au plan professionnel en raison d'une mésentente avec son chef, qui avait engendré une mise à distance. Les relations s'étaient dégradées progressivement à partir de 2008. Elle se décrivait migraineuse depuis l'âge de 28-29 ans, avec une nette péjoration à partir de 2008. Elle jugeait inacceptable d'être malade chroniquement et d'avoir besoin d'aide. Elle disait avoir besoin de contrôle sur son environnement et au travail. Elle se définissait comme méticuleuse, faisant preuve d'une organisation et d'une structure longtemps appréciées par ses supérieurs hiérarchiques. Elle souhaitait une aide à la réinsertion professionnelle tenant compte de ses migraines.

Selon les renseignements obtenus auprès du Dr E_____, le suivi se faisait à une fréquence d'une séance tous les un ou deux mois. L'assurée se montrait investie et compliant. L'objectif thérapeutique principal était de traiter la dépression, ce qui permettrait de mieux gérer les migraines. À l'heure actuelle, le Dr E_____ attestait une stabilisation de la thymie avec une humeur moins déprimée mais une persistance des migraines. Pour lui, il existait un réel lien de causalité entre les migraines et la dépression, et il maintenait le diagnostic de trouble dépressif organique. La difficulté actuelle était plus d'ordre social. Il jugeait la capacité de travail de 60 % sur le plan psychiatrique.

Selon un entretien téléphonique avec le Dr D_____, l'état de l'assurée était stationnaire depuis le début du suivi, avec des maux de têtes fluctuant entre migraines et céphalées de tension qui se manifestaient principalement dans le contexte professionnel. La fille de l'assurée souffrait également de ce trouble et le Dr D_____ suspectait une composante héréditaire. Le traitement médicamenteux actuel se composait d'amitriptyline à 5 mg par jour. Le neurologue estimait la capacité de travail à 50 % en milieu protégé et loin du stress.

La fille de l'assurée avait décrit sa mère comme une battante sans idées noires, bien entourée socialement, sortant souvent, recevant des amis à la maison. Elle entretenait une relation fusionnelle et partageait de nombreuses activités avec elle.

Après avoir résumé le dossier médical, les experts ont rapporté leurs observations cliniques. L'assurée n'avait pas de difficultés attentionnelles ou de concentration pendant l'entretien. Il n'y avait pas d'arguments en faveur de troubles cognitifs. La thymie était triste, sans fixation de la tonalité au pôle dépressif. Les affects étaient modulables, chez une assurée capable d'humour, mais par moments débordée émotionnellement, notamment lorsque le vécu de dévalorisation faisait surface. On assistait à des moments brefs d'effondrement, avec une capacité de récupération.

Les experts n'observaient ni aboulie, ni athymhormie, ni anhédonie. Il existait des idées noires passagères en lien avec la persistance des migraines, sans idéation suicidaire. Il n'y avait pas de distorsions cognitives de la lignée dépressive ni de sentiment de désespoir, mais une révolte face à l'absurdité du destin qui la confrontait à l'invalidité. L'anxiété situationnelle était bien gérée. Il n'existait pas d'arguments en faveur d'un trouble anxieux. Les experts décrivaient ensuite la personnalité de l'assurée du point de vue psychanalytique, concluant à l'absence d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité.

Le diagnostic avec effet sur la capacité de travail retenu était celui de trouble organique de l'humeur (F 06.3) dès 2014, épisode actuel léger. La prise en charge psychiatrique était correcte. Il s'agissait d'une réaction dépressive prolongée qui s'inscrivait comme une suite des effets invalidants des migraines ressenties. Le traitement médicamenteux était approprié et il avait permis une stabilisation de l'humeur, les symptômes dépressifs étant clairement d'intensité légère. Le problème essentiel n'était pas de nature psychiatrique, même si les répercussions des migraines se faisaient sentir sur ce plan en lien avec la dévalorisation narcissique ressentie chez une femme ayant vécu avec un haut niveau d'exigences en termes de performances. La composante psychiatrique ne pouvait pas expliquer une invalidité mais impliquait la nécessité d'adapter le travail, en évitant des stress ultérieurs et la confrontation à un vécu de dévalorisation lié à une reprise dans un milieu exposant.

S'agissant du caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation, les experts ont retenu que le retour vers une activité adaptée était souhaité et devait être soutenu, en tenant compte des limitations fonctionnelles liées aux migraines, mais aussi d'un trouble dépressif, qui malgré son caractère léger, impliquait une vulnérabilité accrue sur le plan narcissique. Du point de vue de la cohérence, les experts ont répété qu'on ne pouvait retenir des traits de personnalité accentués mais bien un fonctionnement névrotique de base dans le champ du normal, caractérisé par une forte exigence de performance. Les aléas dans son emploi après une longue carrière réussie l'avaient confrontée à la fragilité de ses investissements dans ce champ. Elle avait géré un divorce conflictuel avec un homme dépendant à l'alcool, et sa vie affective avait été volontairement rétrécie par la suite. Il était également important de signaler sa méfiance face à l'expression des affects d'autrui. Le profil de personnalité était caractérisé par un haut niveau de névrosisme (exigences surmoïques, difficulté à accéder au plaisir, moindre investissement libidinal compensé par l'activation de la sublimation, vision négative de l'avenir), connu pour prédisposer à l'association d'affects dépressifs avec des migraines et des céphalées de tension selon la littérature.

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors était nulle. Le risque d'une rechute dépressive sévère était très élevé. Dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée et respectant les limitations fonctionnelles liées au trouble dépressif organique même léger (sentiment de dévalorisation, vulnérabilité au stress), exposant le moins possible à la comparaison avec la performance passée et

se déroulant en milieu bienveillant et peu stimulant, la capacité de travail était complète, de manière progressive sur six à huit mois.

42. Dans un avis du 21 novembre 2017, la Dresse H_____ a commenté l'expertise du Pr I_____. Elle a souligné que le problème essentiel n'était pas de nature psychiatrique. En somme, l'atteinte à la santé consistait en un épisode dépressif de gravité légère en mai 2014. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était de 30 % du 1^{er} décembre 2014 au 28 février 2015, de 50 % du 1^{er} mars au 30 novembre 2015, de 70 % du 1^{er} décembre 2015 au 31 janvier 2016, de 50 % du 1^{er} février au 14 septembre 2016 et de 100 % dès septembre 2016.
43. Le 26 janvier 2018, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, aux termes duquel elle avait droit à une demi-rente du 1^{er} juin au 30 novembre 2015, puis du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016. Conformément à l'expertise du 22 septembre 2017, le SMR admettait une incapacité de travail dans toute activité de 100 % dès le 9 mai 2014, début du délai d'attente, de 70 % dès le 1^{er} décembre 2014, de 50 % dès le 1^{er} avril 2015, de 30 % dès le 1^{er} décembre 2015, de 50 % dès le 1^{er} février 2016 et de 0 % dès le 15 septembre 2016. À l'issue du délai de carence d'une année, la perte de gain était de 50 %, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2015. Du 1^{er} décembre 2015 au 30 juin 2016, des indemnités journalières avaient été versées, de sorte qu'il n'y avait pas droit à une rente pendant cette période. Le droit à une demi-rente renaissait dès la fin du droit aux indemnités, soit au 1^{er} juillet 2016, et prenait fin au 31 décembre 2016, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée remontant au 15 septembre 2016. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles n'étaient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'assurée.
44. Par décision du 5 juillet 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
45. L'assurée, par son conseil, a interjeté recours contre la décision de l'OAI le 6 septembre 2018. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi de l'assistance juridique, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise sur le plan psychiatrique et éventuellement neurologique, et au fond à la réforme de la décision de l'intimé en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité n'était pas supprimé au 31 décembre 2016.

L'expertise du Pr I_____, sur laquelle l'intimé fondait sa décision, concluait à une reprise d'activité en septembre 2017, un plein temps n'étant possible qu'après six à huit mois. L'intimé ne pouvait être suivi pour cette raison déjà, puisqu'il mettait un terme au droit à la rente d'invalidité au 31 décembre 2016, soit à une date antérieure à celle préconisée par l'expert. En toute hypothèse, le droit à la demi-rente d'invalidité devrait perdurer jusqu'au 31 juillet 2018 en tenant compte d'une moyenne de sept mois. En outre, la valeur probante de ce rapport d'expertise n'était pas donnée. En effet, l'expert déclarait que le problème essentiel n'était pas de nature psychiatrique, alors qu'il admettait que les migraines se répercutaient sur

l'état psychique de la recourante. Il était ainsi douteux qu'il conclue à une capacité totale de travail après six à huit mois. L'expert n'avait pas non plus jugé bon de questionner la recourante sur sa vie privée, de sorte que son expertise était incomplète. Le seul fait d'avoir téléphoné à sa fille n'était pas suffisant, et démontrait sa méfiance, ce qui permettait de douter de son objectivité. Le Pr I_____ n'expliquait pas non plus pourquoi il écartait les autres avis psychiatriques. En outre, il avait été mandaté par l'intimé afin d'avoir un avis plus favorable à sa cause. Or, le fait de recueillir un second avis après un examen complet dans le même domaine était proscrit par la jurisprudence. Le Dr F_____ avait écarté des facteurs étrangers à l'invalidité, expliquant que la recourante voulait réintégrer un poste et que sa symptomatologie douloureuse était réelle. Son rapport était ainsi cohérent et n'excédait pas son domaine d'expertise. Son avis confirmait d'ailleurs celui du Dr E_____. Quant au Dr D_____, il faisait état d'une capacité de travail de 50 % dans un milieu protégé et loin du stress. Partant, il convenait de retenir une incapacité de travail de 50 % dans toute activité des points de vue neurologique et psychiatrique. L'avis du Pr I_____, isolé, ne pouvait être suivi. Si l'expertise du Dr F_____ ne devait pas se voir reconnaître valeur probante, il conviendrait de mettre en place une expertise judiciaire afin de déterminer la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique, avec éventuellement un volet neurologique.

La situation financière de la recourante, dont elle justifierait par courrier séparé, justifiait l'octroi de l'assistance juridique.

46. Par décision du 21 septembre 2018, le Vice-Président du Tribunal de première instance a rejeté la requête d'assistance juridique de la recourante.
47. Dans sa réponse du 15 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

S'agissant de l'expertise des Dr F_____ et G_____, il a répété que le SMR ne l'avait pas considérée convaincante, car elle n'était pas de nature à éclaircir l'impact de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail de la recourante. En ce qui concernait la reprise progressive du travail retenue par le Pr I_____, l'intimé avait invité le SMR à préciser sa position, et se ralliait à l'avis rendu sur ce point par la doctoresse K_____. Il a ajouté qu'aucun élément objectivement vérifiable n'avait été ignoré et que la recourante ne produisait pas de pièces médicales remettant en question l'évaluation de sa capacité de travail.

Dans l'avis du 9 octobre 2018 joint à l'écriture de l'intimé, le SMR a relevé que selon le Pr I_____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle (collaboratrice administrative) et de 100 % de manière progressive dans une activité correspondant aux aptitudes de la recourante. Le SMR avait retenu décembre 2014 comme date du début de l'aptitude à la réadaptation, car la recourante avait repris progressivement son activité à cette date.

48. Par écriture du 13 décembre 2018, la recourante a produit un courrier du 27 septembre 2016 de la ville C_____, résiliant les rapports de service au

31 décembre 2016, ainsi qu'un relevé de ses absences au poste de travail établi le 4 janvier 2017. Ces documents démontraient qu'elle n'avait pu reprendre une activité à plein temps. Elle produirait ultérieurement de nouvelles pièces médicales.

49. L'intimé s'est déterminé le 14 janvier 2019 en affirmant que les éléments apportés par la recourante ne modifiaient pas son appréciation. Il persistait dans ses conclusions.
50. Le 1^{er} février 2019, la recourante a produit un rapport du Dr D_____ du 31 janvier 2019, lequel indiquait ne pas mettre en doute le diagnostic psychiatrique posé par le Pr I_____, mais se distancer de son évaluation de la capacité de travail, qu'il estimait limitée, et probablement nulle. Le Dr E_____ partageait son avis, comme cela ressortait du résumé de séjour à la Clinique du Noirmont. La recourante était actuellement suivie par le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Le neurologue considérait que l'asthénie et l'épuisement de la recourante, directement liés à sa pathologie psychiatrique, ne lui permettaient pas d'avoir une capacité de travail.
51. Dans ses observations du 4 mars 2019, l'intimé s'est déterminé sur les pièces produites par la recourante en se référant à l'avis du docteur M_____, médecin au SMR, établi à la même date, au vu duquel il persistait dans ses conclusions.

Dans ledit avis, le Dr M_____ a relevé que le Dr D_____ s'écartait de l'expertise du Pr I_____ uniquement en tant qu'elle portait sur la capacité de travail. Le neurologue justifiait l'incapacité de travail probablement nulle qu'il retenait par les atteintes psychiatriques. Les médecins de la Clinique du Noirmont se référaient uniquement aux céphalées pour justifier les répercussions de l'état de santé sur la vie de la recourante, en décrivant un tableau clinique rassurant et en insistant sur l'importance des facteurs psycho-sociaux, en particulier le contexte professionnel et les problèmes financiers, qui ne pouvaient être pris en compte. On constatait à la lecture de ces documents que pour le neurologue, l'incapacité de travail était justifiée par l'état psychique et, pour les psychiatres, par les migraines. Ces médecins devaient ainsi sortir de leurs champs de compétence pour justifier les incapacités de travail. Le SMR s'en tenait à ses précédentes conclusions.

52. Le 11 avril 2019, la recourante a produit un rapport du Dr L_____, en soulignant que les diagnostics qui y étaient mentionnés n'étaient pas nouveaux.

Dans le certificat joint du 30 mars 2019, ce psychiatre a indiqué soigner la recourante en raison d'un trouble organique de l'humeur (F 06.3) et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2). Il a décrit le traitement, en précisant que l'état de santé de la recourante ne permettait à son avis pas une reprise du travail.

53. L'intimé s'est déterminé sur ce rapport le 6 mai 2019, alléguant qu'il n'était pas suffisamment documenté pour remettre en cause son appréciation. En outre, seuls les faits antérieurs à sa décision pouvaient être pris en considération.

54. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante le 9 mai 2019.

55. Sur ce, 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), 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. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. L'objet du litige tel que circonscrit par les conclusions du recours porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2016.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

5. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

6. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).
7. a. Afin de trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).
- c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

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

d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. Dans un arrêt récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome

somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1), mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la

personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

9. Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

On peut préciser que les troubles sans preuve d'un déficit organique sont assimilés, en relation avec leurs effets invalidants, aux atteintes psychosomatiques sans étiologie claire pour des raisons qui tiennent à l'égalité de traitement, et qu'ils sont évalués selon les règles valables par analogie pour celles-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3.3).

Il convient encore d'ajouter que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais elle peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

10. L'intimé indique avoir fondé sa décision sur les conclusions du Pr I_____ et de Mme J_____.

Avant même d'aborder la question de la valeur probante de leur expertise, il faut souligner que la décision de l'intimé paraît déjà erronée en tant qu'elle retient une capacité de travail totale de la recourante dans son activité habituelle. En effet, les seconds experts ont considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle dans cette activité, et qu'une reprise dans ce domaine l'exposerait à un très important risque de rechute.

Ainsi, en toute hypothèse, l'intimé aurait dû procéder à une comparaison des gains dans l'activité habituelle et une activité adaptée afin de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

En outre, le Pr I_____ et Mme J_____ ne se prononcent que sur les atteintes psychiques de la recourante. Or, cette dernière souffre de migraines. Elle semble du reste considérer que seule cette atteinte est invalidante, si l'on se réfère à ses propos, tels que rapportés par les Drs F_____ et G_____. C'est également essentiellement de ce trouble qu'elle s'est plainte lors des nombreux entretiens avec l'intimé. Les premiers experts ont eux-mêmes retenu un diagnostic de migraines, avec incidence sur la capacité de travail. La seconde expertise psychiatrique diligentée par l'intimé a également conclu que la problématique centrale n'était pas d'ordre psychique, se référant implicitement aux migraines de la recourante. Il est vrai que le neurologue de la recourante justifie les incapacités de travail de la recourante non par les migraines et céphalées, mais par un état dépressif. Ses rapports ne sont toutefois pas suffisamment motivés pour écarter toute répercussion d'une éventuelle atteinte neurologique sur la capacité de gain de la recourante.

Malgré ce qui précède, les migraines et leur éventuel caractère incapacitant n'ont nullement été investigués par l'intimé, alors qu'il lui appartenait d'examiner ces points conformément à son obligation d'instruire d'office. On peut du reste s'étonner du fait que la Dresse H_____, se référant semble-t-il aux conclusions prises par les Drs G_____ et F_____ quant au caractère invalidant des migraines, ait reproché à ces experts d'être sortis de leur domaine de compétence, tout en persistant dans la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et en éludant le volet neurologique.

S'agissant des expertises psychiatriques, elles appellent les commentaires suivants.

Les Drs F_____ et G_____ ont rendu un rapport détaillé, qui du point de vue formel comprend tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante. Toutefois, comme on l'a vu, ces experts ont notamment conclu à des migraines avec aura. Or, ce diagnostic relève de la neurologie. La constatation de cette atteinte et les conclusions quant à ses répercussions sur la capacité de gain de la recourante sont donc exorbitantes du domaine de compétence de ces experts psychiatres. On ne peut ainsi pas conférer valeur probante à leur rapport sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2). Dès lors que ces médecins n'ont pas pris de conclusions distinguant les effets sur la capacité de gain de chaque atteinte à la santé, leur rapport ne permet pas de trancher la question de savoir si les troubles psychiques suffisent à justifier une incapacité de gain ouvrant le droit à une rente.

En ce qui concerne le rapport du Pr I_____ et de Mme J_____, il ne peut pas non plus se voir reconnaître valeur probante. En effet, cette expertise ne se prononce pas sur les indicateurs déterminants selon la jurisprudence, notamment en ce qui concerne les critères de la cohérence et des ressources. Sur ce point, il faut souligner que ces experts n'ont même pas discuté la diminution des activités de la recourante évoquée par les Drs F_____ et G_____. Par ailleurs, il aurait été essentiel qu'ils motivent leurs diagnostics de manière circonstanciée, dans la mesure où ils s'écartent des atteintes retenues par les précédents experts. Or, ils ont omis d'exposer ce qui leur permettait d'exclure un trouble anxieux, ce qui était pourtant nécessaire au vu des stratégies d'évitement mises en place par la recourante et rapportées par les Drs F_____ et G_____. Ils n'ont pas non plus exposé les critères fondant le diagnostic de trouble organique de l'humeur de degré de gravité léger. En particulier, dès lors qu'ils n'ont pas indiqué si l'état de santé de la recourante s'était modifié depuis 2014, on ignore si les différences de diagnostics par rapport aux premiers experts résultent d'une simple divergence d'appréciation ou s'expliquent par une évolution favorable.

Par conséquent, cette expertise ne peut pas non plus se voir reconnaître valeur probante.

11. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce puisque l'intimé a ignoré l'aspect neurologique.

Les plaintes neurologiques et les troubles psychiques paraissent en l'espèce très imbriqués. Il est donc essentiel que la nature et l'incidence de ces troubles et leurs interférences soient analysées de manière consensuelle par des spécialistes en neurologie et en psychiatrie dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire.

La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une expertise comportant des volets neurologique et psychiatrique, en respectant les exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), avant de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations.

12. Le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPG).

La procédure en matière d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé succombe et un émolument de procédure de CHF 500.- sera mis à sa charge.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'intimé du 5 juillet 2018 en tant qu'elle supprime le droit de la recourante à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de procédure de CHF 2'000.-.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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