RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1114/2021 **ATAS/896/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 10 octobre 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, TROINEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité pour adultes le 22 février 2017 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé). Elle indiquait avoir travaillé comme secrétaire médicale (coordinatrice) à 80% du 1er août 2000 au 9 novembre 2015 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) et comme secrétaire 2 à 80% du 15 juin au 29 août 2016 toujours aux HUG. Elle souffrait d'un syndrome d'épuisement professionnel avec un état dépressif et anxieux sévère, des insomnies et des idées suicidaires.

b. Selon un rapport établi le 13 mars 2017 par le docteur B_____, médecine interne générale FMH, l'assurée souffrait d'un état dépressif depuis novembre 2015 et de la récidive d'un état préexistant en 2011. Elle souffrait depuis 2011, par intermittence, de troubles anxieux évoluant en dépression en novembre 2015. Elle était totalement incapable de travailler dans son activité de secrétaire du 10 novembre 2015 au 14 juin 2016, puis à 50% du 15 juin au 29 août 2016 et à nouveau à 100% dès le 30 août 2016. Du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 50%. Le rendement était réduit à cause du stress. On pouvait s'attendre à la reprise de travail à 50% dès avril 2017.

c. Dans un rapport du 3 avril 2017, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir suivi l'assurée de mars 2013 à août 2016 avant que celle-ci change de psychothérapeute. L'assurée présentait une dysthymie et une anxiété diffuse et surtout des conduites à type d'échec qui avaient des conséquences délétères au travail.

Sur le plan psychologique, l'assurée indiquait avoir été déprimée durant son adolescence et le début de l'âge adulte, disait avoir fait un burnout dans un précédent poste. Elle décrivait une tendance à la dépression et une vulnérabilité au stress. À partir de mars 2015, sa souffrance au travail s'était accrue, car les relations avec certains collègues, notamment avec sa cheffe, étaient devenues de plus en plus conflictuelles. L'assurée était devenue tendue, irritable, ne supportant pas certains agissements ou décisions de sa hiérarchie qui lui paraissaient incohérents. La Dresse C_____ avait mis l'assurée en arrêt de travail total dès le 10 novembre 2015, car celle-ci était alors en grande souffrance, triste et très angoissée. Elle présentait des troubles du sommeil et de grandes difficultés de concentration, une fatigabilité importante, un sentiment de révolte alternant avec un sentiment d'impuissance, une anhédonie et une aboulie. Elle lui avait prescrit de la Sertraline jusqu'à 100mg par jour avec du Xanax retard 0,5 mg deux à trois fois par jour.

En février 2016, les symptômes étaient plus légers et l'assurée avait décidé de changer de poste. En mai, elle avait été choisie pour un poste hors des HUG qu'elle avait refusé, car certaines conditions ne lui convenaient pas. Elle était

alors sous Circardin pour les troubles du sommeil sans autres symptômes. Elle avait trouvé ensuite un poste aux HUG qui semblait intéressant et bien adapté à ses compétences. La Dresse C_____ avait alors fait une reprise de travail à 50% de son 80%. Malheureusement, les conduites d'échec avaient repris. L'assurée avait trouvé un autre poste aux HUG et décidé d'interrompre son suivi. Le pronostic était bon pour autant que l'assurée puisse être soutenue et encadrée dans sa reprise de travail afin de diminuer son anxiété, qui la faisait douter d'elle-même et l'empêchait d'utiliser ses nombreuses compétences professionnelles.

d. La doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué dans un rapport du 22 mai 2017 que l'assurée souffrait d'un trouble d'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), d'une anxiété généralisée (F41.1) depuis l'adolescence et de burnout (Z73.1). Elle suivait l'assurée depuis le 27 mars 2017, laquelle avait été en incapacité de travail à 100% du 10 novembre 2015 au 1er juillet 2016, 50% du 2 juillet 2016 au 14 septembre 2016, 100% du 15 septembre 2016 au 1er mai 2017, 40% dès le 1er avril 2017 (reprise à temps partiel thérapeutique).

e. Le 5 décembre 2017, la Dresse D_____ a indiqué avoir modifié ses diagnostics car elle connaissait mieux la patiente. Celle-ci souffrait d'un trouble de la personnalité (F60.0), d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.1), d'un trouble d'anxiété généralisée (F41.1) et d'un état de stress post-traumatique (F43.1). Depuis son arrêt de travail en 2015, l'assurée avait eu trois mesures de reclassement avec un appui au sein des HUG, la dernière, qui avait duré six semaines en avril-mai 2016, s'étant terminée par un échec, notamment en relation avec de problèmes avec une collègue. Suite à ce stage, l'assurée avait dû être hospitalisée à la clinique genevoise de Montana du 18 juillet au 7 août 2017 pour une recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive avec idéation suicidaire. En novembre 2017, elle avait dû terminer prématurément des modules à la fondation IPT, en raison de symptômes d'un état de stress post-traumatique (suite à des comportements agressifs subis sur son lieu de travail aux HUG) et des difficultés dans les relations interpersonnelles. Malgré l'amélioration des symptômes anxio-dépressifs, l'assurée présentait des difficultés importantes dans les relations interpersonnelles dues à un trouble de personnalité relativement sévère. Pendant les modules d'IPT, elle avait eu une tendance à envahir le groupe et n'arrivait pas à laisser la place aux autres, avec peu de capacité d'introspection. Ces éléments faisaient partie de son trouble de personnalité et empêchaient un bon fonctionnement au travail. Elle avait besoin d'aide pour se réinsérer dans le monde professionnel, d'abord dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles (pas trop de stress, moins d'exigences, avec des collègues compréhensifs) afin qu'elle puisse reprendre confiance en elle. En parallèle, la psychothérapie était essentielle.

f. Le 29 janvier 2018, le SMR a estimé que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et a proposé à l'administration de poursuivre l'instruction en adressant un nouveau rapport médical au psychiatre dans six mois.

g. Le 5 juillet 2018, la Dresse D_____ a indiqué que depuis décembre 2017, l'assurée avait effectué un travail psychothérapeutique de type EMDR afin de traiter le syndrome de stress post-traumatique. Depuis février 2017, il y avait une évolution clinique lentement favorable avec diminution de sa symptomatologie dépressive (disparition des idées suicidaires, de la tristesse et de l'anxiété), de que de l'anhédonie et de l'aboulie. La patiente présentait des difficultés dans les relations interpersonnelles de longue date et depuis les événements en 2015 aux HUG, elle avait perdu beaucoup confiance en elle. Actuellement, le tableau clinique était prédominé par une anticipation anxieuse importante et la peur de l'échec. Elle devenait rapidement très angoissée avec de grande difficultés de concentration, des troubles du sommeil ainsi qu'un sentiment de révolte et d'impuissance. Le status psychiatrique était fluctuant avec des moments d'anxiété avec des rires immotivés. Elle avait une fatigabilité importante, une thymie neutre, des lombalgies, une diminution d'estime de soi, un manque de confiance. Les activités sociales et de loisir étaient nettement diminuées. Elle avait des difficultés à faire le ménage en raison d'une apathie et de douleurs au dos. Elle avait le soutien de son ami et de son frère. En dehors de ses soins, elle avait mobilisé plusieurs ressources (elle avait contacté une psychologue spécialisée du burnout ainsi qu'un groupe de soutien pour burnout). Depuis le 1er février 2018, elle avait retrouvé une capacité de travail dans son activité habituelle à 20%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% depuis avril 2018.

L'évolution avait été fluctuante. En juillet 2017, la symptomatologie anxio-dépressive avait nécessité une prise en charge hospitalière. En automne 2017, l'assurée allait un peu mieux et avait pu commencer une IPT. En novembre 2017, l'IPT avait mis fin à ses modules prématurément en raison de difficultés dans les relations interpersonnelles et de symptômes anxio-dépressifs. Au début de l'année 2018, il y avait eu une recrudescence de la symptomatologie anxieuse (facteurs de crise – problèmes financiers suite à un licenciement des HUG). Depuis avril, l'assurée allait de nouveau un peu mieux. Une procédure de réinsertion professionnelle était mise en place. Elle restait toutefois très angoissée à l'idée d'effectuer un stage au vu des précédents échecs.

h. Selon une lettre de sortie établie le 4 mai 2018 par la clinique de Montana, l'assurée avait été hospitalisée du 18 juillet au 7 août 2017 pour un soutien psychologique et un éloignement des facteurs de stress. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation.

i. Dans un rapport final, le SMR concluait que le début de l'incapacité de travail durable était le 10 novembre 2015, « voir historique des IT retenues par l'administration jusqu'au 31 janvier 2018. Puis 80% dès le 01.02.18 ». La capacité de travail exigible était de 20% dans l'activité habituelle et, dans une

activité adaptée de 20%, puis 50% dès le 1er avril 2018. L'aptitude à la réadaptation débutait le 1er février 2018. Les limitations fonctionnelles étaient « une intolérance au stress diminuée », une anxiété et des crises de panique avec perte de moyen, difficultés interpersonnelles et fatigabilité.

j. Par projet d'acceptation de rente du 16 novembre 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée dès le 1er août 2017 le droit à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 80%. Dès le 1er mai 2018, elle avait droit à un trois quarts de rente sur la base d'un degré de 64% puis de 61%. Le statut d'assuré retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et pour les 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

k. L'assurée, assistée d'un conseil, a formé opposition contre le projet de décision précité, le 9 janvier 2019.

l. Sur avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), une expertise psychiatrique de l'assurée a été effectuée par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, expert certifié SIM. Dans son rapport du 17 juin 2019, celui-ci a résumé les pièces du dossier, rapporté les plaintes de l'assurée, procédé à une anamnèse, décrit une journée-type de l'assurée, ses constatations et un status clinique.

Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis 2016 (F33.11) et de trouble panique avec attaques de panique hebdomadaires à quotidiennes selon les périodes depuis 2016 (F.41.0). Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsive et dépendante actuellement non décompensé, de trouble douloureux somatoforme persistant (peu probable), versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (probable). Il a retenu que l'assurée était capable de travailler à 50% depuis 2016 du point de vue psychiatrique dans le dernier emploi. Le pronostic psychiatrique était réservé, tenant compte de la chronicité des troubles, mais la situation n'était pas stabilisée et devrait être réévaluée dans six mois à une année après amélioration de la prise en charge pharmacologique. Le dernier emploi était adapté d'un point de vue psychiatrique.

m. Dans un avis du 25 juin 2019, le SMR a retenu les conclusions de l'expert. Dès lors que le Dr E_____ faisait mention d'une nouvelle pièce médicale, à savoir un rapport médical du 18 avril 2019 établi par le doctoresse F_____, médecin adjointe du service de rhumatologie et centre des maladies osseuses du centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), dans lequel le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (ci-après : SEDh) aurait été retenu, il convenait d'éclaircir le volet somatique, de se procurer cette pièce et d'adresser un questionnaire à la Dresse F_____.

n. Le 16 juillet 2019, la Dresse F_____ s'est référée à son rapport du 18 avril 2019, dans lequel elle avait indiqué avoir vu l'assurée le 9 avril 2019 et diagnostiqué un SEDh selon les critères diagnostiques Hamonet ne répondant pas aux critères diagnostiques internationaux 2017, mais aux critères français et mettait en place pour la partie locomotrice, une rééducation proprioceptive et de stabilisation.

o. Dans un rapport du 10 décembre 2019, la Dresse F_____ a indiqué que du point de vue strictement rhumatologique, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était celui de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisé. Elle mentionnait, sous status, 2 signes de Beighton sur 9. Ce diagnostic avait des répercussions sur la capacité de travail avec une limitation fonctionnelle locomotrice globale, touchant le rachis cervical, les épaules, les coudes, les poignets et le bassin. Pour le moment, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de secrétaire coordinatrice, qui était adaptée, était de 20% et elle serait progressivement de 60%.

p. Dans un avis du 12 février 2020, le SMR a indiqué avoir de la peine à comprendre pourquoi l'activité habituelle de secrétaire médicale n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par la Dresse F_____, de même que l'évolution de la capacité de travail de 20% à 60% pour une atteinte chronique, et enfin le taux de capacité de travail à 60% dans une activité adaptée. Il proposait en conséquence la réalisation d'une expertise rhumatologique.

q. Dans un rapport du 31 juillet 2020, le docteur G_____, médecin interne et rhumatologie FMH, du SMR, a résumé les pièces du dossier, procédé à une anamnèse et un status et décrit la vie quotidienne de l'assurée ainsi que le dossier radiologique. Il a retenu comme diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail un syndrome polyalgique compatible avec un diagnostic de SEDh, un syndrome d'hypermobilité bégnine ou une fibromyalgie. Il a également retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome rotulien droit, de très discrets troubles statiques du rachis dorsolombaire et d'hypovitaminose D3 actuellement substituée.

L'assurée était en incapacité de travail de 20% au moins depuis le 10 novembre 2015 selon le rapport employeur des HUG du 3 juillet 2017, ce qu'il confirmait. L'expert retenait une incapacité de travail de 30% dans l'activité habituelle de secrétaire coordinatrice aux HUG depuis le 10 novembre 2015, en raison des douleurs et du possible SEDh, bien que ce diagnostic ne soit pas certain. L'activité de secrétaire coordinatrice était une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire. Dans une autre activité adaptée, l'incapacité de travail était également de 30%.

r. Le 11 septembre 2020, le docteur H_____, du département de médecin, service d'immunologie et d'allergie du CHUV, a indiqué que le SEDh classique entrait dans le cadre des anomalies héréditaires du tissu conjonctif. Il retenait un

score de Beighton de 8/9. La physiopathologie du SEDh restait mal comprise. Il était en effet associé chez la majorité des patients à une dysautonomie responsable de l'aspect majoritairement fonctionnel des représentations extra-articulaires : fatigue chronique, troubles cardiovasculaires mineurs, digestifs (type côlon irritable), vésicaux, anomalies de la thermorégulation, manifestations neurologiques fonctionnelles à type de capacité fluctuante d'attention, de concentration, de mémorisation, d'orientation, signe du coq à l'âne, hypervigilance, mal des transports, hyperesthésie, hyperacousie avec signe du brouhaha et acouphènes, hyperosmie, hypergueusie, de mouvements anormaux, de manifestations fréquemment rapportées dans le SEDh et sans caractère de gravité. De même, il pouvait être associé à des tableaux pseudo-paralytiques, à une difficulté de perception du corps et/ou contrôle des mouvements. Les patients avec SEDh présentaient généralement une hypersensibilité pharmacologique ressentant de nombreux effets aux médicaments et un effet thérapeutique moindre.

s. Dans un avis du 6 octobre 2020, le SMR a considéré que l'expertise du Dr G_____ était convaincante et qu'elle tenait compte de la comorbidité psychiatrique. L'assurée avait été durablement incapable de travailler à 100% dès le 10 novembre 2015, puis à 50% dès le 1er janvier 2016. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 50% dès le 1er juin 2016.

t. Dans un projet d'acceptation de rente du 26 novembre 2020, remplaçant celui du 16 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée que dès le 1er août 2017, le droit à une demi-rente d'invalidité lui était reconnu, avec un statut d'active. À l'échéance du délai d'attente, le 1er novembre 2016, l'incapacité de gain était de 50%. Par conséquent, le droit à une demi-rente était reconnu. La demande de prestations ayant été déposée le 22 février 2017, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois d'août 2017.

B. **a.** Par décision du 23 février 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 26 novembre 2020.

b. L'assurée a formé recours contre la décision précitée le 26 mars 2021 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, invoquant une aggravation de son état de santé antérieure à la notification de la décision du 22 février 2021 et constant la valeur probante de l'expertise du Dr E_____ et de celle du Dr G_____.

À l'appui de son recours, l'assurée a produit :

- un rapport établi par le docteur M. I_____, médecin assistante de la clinique P_____ le 24 février 2021 qui indiquait que l'assurée avait séjourné dans cette clinique du 28 décembre 2020 au 2 février 2021.
- un rapport établi le 9 mars 2021 par le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui indiquait que le SEDh avait pour conséquence une symptomatologie multiforme. Le diagnostic avait été

inévitablement tardif. Face à cet adversaire sournois, l'assurée avait cherché une réponse à ses plaintes. Si l'on faisait état de l'ensemble de sa problématique, son état actuel correspondait indubitablement à un taux d'invalidité de 100%.

c. Par réponse du 27 avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

d. Le 25 juin 2021, la recourante a répliqué et produit :

- un rapport établi le 10 juin 2021 par le Dr J_____ indiquant que la problématique du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (ci-après : TDAH) avait été clairement confirmée par un examen neuropsychologique et que l'hyperactivité lui avait insufflé un dynamisme compensatoire à sa maladie, qui avait pu masquer partiellement les symptômes. L'incapacité de travail de l'assurée était supérieure aux 50% qui avaient été retenus par l'OAI. Si sa bonne volonté, voire sa volonté, pouvait lui conférer quelques capacités résiduelles, celles-ci seraient, à son avis, bien inférieures à un mi-temps.
- un rapport établi le 11 juin 2021 par le docteur K_____, spécialiste FHM en oto-rhino-laryngologie, indiquant que l'assurée présentait les signes d'un déficit vestibulaire périphérique à gauche. Les processus centraux de compensation n'étaient pas encore bien établis. Ils requéraient tant d'attention et d'énergie qu'ils produisaient, tout du moins participaient vraisemblablement aux symptômes de fatigue, de troubles du sommeil, de besoin accru de sommeil, de troubles attentionnels, de troubles de la mémorisation, de troubles de la concentration, d'intolérance au bruit, hypersensibilité sensorielle et émotionnelle et raideur-contracture de la nuque par réflexe de préservation, d'évitement des mouvements de rotation de la tête. Le pronostic était bon et il fallait suivre la patiente vers la résolution progressive des symptômes vestibulaires et de ceux produits par une compensation encore incomplète. Étaient recommandés des exercices opto-cynétiques de physiothérapie vestibulaire visant à favoriser les processus centraux de compensation et un traitement médicamenteux.

e. Le 12 juillet 2021, l'intimé s'est rallié aux conclusions du SMR du 8 juillet 2021, concernant les nouveaux documents médicaux produits par la recourante, lequel estimait que le dossier était suffisamment instruit.

f. L'assurée a été entendue par la chambre de céans le 26 janvier 2022.

g. Par courrier du 13 septembre 2022, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique et leur a communiqué le nom des l'experts pressentis, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

h. Le 26 septembre 2022, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire. Aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par la recourante, de sorte que la mise en place d'une expertise ne se justifiait pas. Si la chambre persistait dans son intention, il n'avait pas de motifs de récusation contre les experts annoncés. Il proposait de joindre à la mission les questions complémentaires suivantes, selon l'avis SMR du 22 septembre 2022 annexé : « effectuer un dosage sanguin des psychotropes et des antidouleurs, afin d'évaluer la compliance et/ou la biodisponibilité ; description d'une journée-type par chaque expert ».

i. Par téléphone du 7 octobre 2022, le conseil de la recourante a informé la chambre de céans que cette dernière n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre des experts désignés et qu'elle n'avait pas de questions complémentaires à leur poser.

EN DROIT

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

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

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

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

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

3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de plus d'une demi-rente dès le 1er août 2017, et préalablement, sur son droit à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique et rhumatologique.

5.

5.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

5.4 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).

5.5 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.6

5.6.1 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).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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 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).

5.6.2 Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants :

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. 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.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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.

La comorbidité psychique 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite 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.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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.

Il s'agit, encore, 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, les loisirs). Le critère du retrait social 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.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour 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.

5.6.3 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.

5.6.4 La reconnaissance de l’existence d’une atteinte à la santé psychique suppose la présence d’un diagnostic émanent d’un expert (psychiatre) et s’appuyant selon les règles de l’art sur les critères d’un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d’appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l’existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d’exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

5.7 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

6. Il faut examiner en premier lieu la nécessité de faire procéder à une nouvelle expertise.

6.1

6.1.1 La recourante a fait valoir que l'expert E_____ avait évoqué deux diagnostics possibles, soit un trouble douloureux somatoforme persistant, avec indice de gravité jurisprudentielle partiellement rempli actuellement, ou des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées par ailleurs avec indice de gravité jurisprudentielle partiellement rempli actuellement. Or, il apparaissait que les douleurs persistantes résultaient bien d'une pathologie avérée, soit le SEDh. Cela avait été confirmé lors de l'examen du Dr H_____ le 11 septembre 2020. Ainsi, ce fait aurait pu avoir une conséquence sur l'appréciation du diagnostic, dans la mesure où les symptômes de la maladie étaient multiformes et qu'ils avaient bien une explication objective. Pour ce motif, l'appréciation de l'expert était erronée.

La recourante a également fait valoir que son état psychique s'était aggravé à la fin de l'année 2020, soit après l'expertise du Dr E_____ et avant la décision du 22 février 2021. L'examen rhumatologique réalisé par le SMR ne pouvait pas non plus être suivi. En effet, le Dr G_____ avait relevé que selon la Dresse F_____, l'assurée présentait un SEDh selon les critères français, qui ne répondaient pas aux critères diagnostics internationaux de 2007. Or, dans son rapport du 11 septembre 2020, le Dr H_____ avait procédé à un examen selon les critères préconisés par le Dr G_____ et conclu que le SEDh était bien présent. Malheureusement, cet élément n'avait pas été soumis au Dr G_____ et le rapport du SMR du 6 octobre 2020 ne se prononçait pas non plus sur ce document. Pour ce motif, l'examen rhumatologique était incomplet et ne pouvait être suivi. Les répercussions sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles étaient bien évidemment plus importantes en présence d'une pathologie avérée.

La discordance entre le Dr H_____ et l'examen rhumatologique du SMR était frappante puisque que le Dr G_____ avait notamment retenu un score de Beighton de 2 sur 9, ce qui excluait normalement le SEDh. Or le Dr H_____ avait quant à lui retenu un score de Beighton de 8 sur 9. Le SMR ne s'était pas prononcé sur cette discordance, raison pour laquelle son appréciation ne pouvait être suivie.

La recourante se référait aux conséquences du SEDh telles que décrites par le Dr H_____. Ces conséquences étaient mal comprises et peu connues et ne pouvaient qu'être appréciées par un médecin spécialisé. Il y avait donc lieu de s'écarter de l'examen rhumatologique.

La recourante a relevé que dans son avis médical du 15 avril 2021, le SMR avait retenu qu'elle avait présenté une aggravation de son état de santé avec un trouble dépressif sévère mais qu'il avait toutefois retenu à tort que l'hospitalisation avait été brève en indiquant qu'elle avait duré moins d'une semaine. Or, son séjour à la clinique P_____ avait duré du 29 décembre 2020 au 2 février 2021, soit plus d'un mois. L'OAI avait dès lors considéré qu'il n'y avait pas d'élément objectif pour retenir une aggravation durable et que l'hospitalisation de la recourante était vraisemblablement réactionnelle et non durable. Cette qualification était contestée par le Dr J_____ dans son rapport du 15 juin 2021. Ainsi, l'OAI avait retenu à tort l'absence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en se fondant sur une erreur factuelle.

6.1.2 L'intimé a fait valoir que le SMR a constaté que le Dr H_____ avait retenu, le 11 septembre 2020, un score de Beighton de 8/9 s'agissant des critères du SEDh et s'étonnait que ce score ait évolué si vite depuis que le Dr G_____ avait conclu le 8 juillet 2020 à un score de Beighton de 2/9, tout comme la Dresse F_____ en avril 2019. L'intimé se ralliait à l'appréciation du SMR et l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

Le Dr E_____ était parfaitement au courant du diagnostic de SEDh et avait analysé les indicateurs standards de gravité, ce qui l'avait conduit à retenir une capacité de travail de 50%. Les constatations effectuées par le Dr E_____, notamment sur le plan des ressources, ne permettaient pas de corroborer l'appréciation de la psychiatre traitante d'une capacité de travail nulle de la recourante depuis fin 2018.

Celle-ci avait présenté une aggravation de son état de santé motivant une brève hospitalisation (moins d'une semaine) dans un contexte psychosocial difficile. Toutefois, l'évolution avait été favorable avec une hospitalisation de courte durée et l'introduction d'un traitement antidépresseur. Il n'y avait pas d'élément objectif pour retenir une durabilité de cette aggravation. En l'état, et au vu des pièces en sa possession, le SMR estimait que l'hospitalisation de la recourante était vraisemblablement réactionnelle et non durable, de sorte que l'aggravation était passagère et ne justifiait pas un renvoi pour instruction complémentaire.

6.2

6.2.1 De manière générale, la chambre de céans constate que l'expertise du Dr E_____ répond aux réquisits formels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr E_____ avait connaissance du diagnostic de SEDh, puisqu'il faisait état du rapport médical du 18 avril 2019 établi par la Dresse F_____, qui l'évoquait.

Cela étant, l'expert E_____ s'est prononcé sur la capacité de travail uniquement du point de vue psychiatrique et il a expressément indiqué que l'assurée devrait faire l'objet d'un nouvel examen dans les six mois ou un an, vu le nouveau médicament introduit et le risque d'aggravation.

6.2.2 Le SMR lui-même a estimé nécessaire le 25 juin 2019, d'éclaircir le volet somatique, de compléter le dossier avec le rapport de la Dresse F_____ et d'adresser un questionnaire complémentaire à cette dernière. Il en résulte que l'expert E_____ ne s'est pas prononcé de manière consensuelle et sur la base d'une appréciation suffisante du point de vue rhumatologique.

6.2.3 Par ailleurs, la recourante a connu une aggravation de son état à la fin de l'année 2020, qui a justifié une hospitalisation d'un mois (du 28 décembre 2020 au 2 février 2021), sur la base d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique.

Il en résulte que l'intimé a pris la décision querellée le 23 février 2021, en retenant à tort que l'hospitalisation avait duré moins d'une semaine. Dans son rapport du 15 juin 2021, le Dr J_____ a indiqué, contrairement à l'appréciation du SMR, que l'épisode dépressif de décembre 2020 de la recourante n'était pas banal, puisque celle-ci était demeurée à la clinique jusqu'au 2 février 2021. De plus, des épisodes dépressifs passagers avaient existé précédemment, notamment en 2011, et l'objection du SMR selon laquelle le dernier épisode aurait été un épisode réactionnel et non durable n'était pas convaincante. L'historique de sa

problématique médicale suggérait clairement que cette dernière était déjà ancienne jusqu'au moment où, effet de l'épuisement progressif, la recourante n'avait pu compenser les épisodes de rupture de son équilibre.

6.2.4 De plus, il ressort du rapport établi le 11 juin 2021 par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la doctoresse M_____, que l'assurée présentait des symptômes évocateurs d'un TDAH depuis un accident subi en 2007 et que le SEDh jouait un rôle important dans ce contexte. Dans son rapport du 10 juin 2021, le Dr J_____ a relevé que le diagnostic de TDAH pouvait notamment faire surévaluer les capacités actives de l'assurée et par conséquent peser sur l'évaluation de son incapacité de travail.

Ainsi le diagnostic de TDAH est un nouvel élément qui justifie le réexamen de la capacité de travail de la recourante.

6.2.5 Il faut également prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante le fait que le Dr K_____ lui a diagnostiqué un déficit vestibulaire périphérique à gauche ainsi qu'une légère surdité de perception bilatérale (rapport du 11 juin 2021) et que, selon lui, les processus centraux de compensation pouvaient être à l'origine des symptômes de fatigue, troubles du sommeil, besoin accru de sommeil, troubles attentionnels, de la mémorisation, de la concentration, une intolérance au bruit, une hypersensibilité sensorielle et émotionnelle et une raideur-contracture de la nuque par réflexe de préservation, d'évitement et de mouvements de rotation de la tête.

Il faut déterminer si ce diagnostic établi postérieurement à la décision querellée, impactait la capacité de travail durant la période en cause.

6.2.6 Au vu des considérations qui précèdent, il se justifie faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

6.3 Il se justifie également de faire procéder à une expertise rhumatologique, les conclusions du Dr G_____, qui retenait un score de Beighton de 2/9 étant remises en cause par le rapport du Dr H_____, qui retenait un score de Beighton de 8/9.

L'appréciation de la capacité de travail du Dr G_____ est également remise en cause par la Dresse F_____, bien que celle-ci ait retenu, dans son rapport du 10 décembre 2019 le même score de Beighton que lui, dans la mesure où elle a estimé que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, qui était adaptée, était de 20% et qu'elle serait progressivement de 60%, alors que le Dr G_____ a retenu le 31 juillet 2020 une capacité de travail de 50% dès le 1er juin 2016.

6.4 En conclusions, la chambre de céans ordonnera une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique qui sera confiée au docteur N_____, psychiatre et psychothérapeute, centre Q_____, à Crissier et au professeur O_____, chef de service de rhumatologie, Hôpital orthopédique, à Lausanne.

Les questions complémentaires requises par l'intimé seront intégrées à la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A_____.

2. Commet à ces fins le docteur N_____, psychiatre et psychothérapeute, centre Q_____, à Crissier et le professeur O_____, chef de service de rhumatologie, Hôpital orthopédique, à Lausanne.

3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

a) prendre connaissance du dossier de la cause ;

b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;

c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;

d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

a) Anamnèse détaillée.

b) Plaintes et données subjectives de l'expertisée.

c) Status clinique et constatations objectives.

d) Description d'une journée-type.

e) Diagnostics selon la classification internationale.

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

f) Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

g) Les plaintes sont-elles objectivées ?

h) Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).

i) Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs

dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

j) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

k) Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

l) L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

m) Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

n) Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

o) Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne

- dans l'activité habituelle,
- dans une activité adaptée.

p) Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, **pendant la période faisant l'objet du litige, soit du 22 février 2017 (date de la demande de prestation) au 23 février 2021 (date de la décision de l'OAI) :**

- dans l'activité habituelle,
- dans une activité adaptée.

q) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

r) Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

s) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

t) Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

u) Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.

v) Formuler un pronostic global.

5. S'agissant plus particulièrement des troubles somatiques, charge l'expert rhumatologique de répondre également aux questions suivantes :

a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse F_____ (rapports des 10 décembre 2019 et 17 juin 2019) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr G_____ (rapport du 31 juillet 2020) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr H_____ (rapport du 11 septembre 2020) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

6. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :

a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.

d) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

e) Quel est le contexte social ? L'intéressée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?

g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

h) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr E_____ (rapport du 17 juin 2019) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

i) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr J_____ (rapports des 9 mars, 15 juin 2021) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

j) Êtes-vous d'accord avec les conclusions des Dresses M_____ et L_____ (rapport du 11 juin 2021) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

k) Effectuer un dosage sanguin des psychotropes et des antidouleurs, afin d'évaluer la compliance et/ou la biodisponibilité.

7. Invite les experts à faire toute remarque ou suggestion utile et **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

8. Invite les experts à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

9. Réserve le fond.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le