RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1426/2021 **ATAS/1021/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 novembre 2022

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Suzette CHEVALIER	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après: l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1971, d'origine serbe, mariée et mère de deux enfants adultes, et sans aucun diplôme, est entrée en Suisse en janvier 1991, dont elle a acquis la nationalité en 2003.

Elle a travaillé depuis 1994 en tant que femme de ménage, puis en qualité d'aide-hospitalière dans une clinique comme aide en stérilisation, en dernier lieu (depuis le 20 octobre 2010) à raison de 40 heures par semaine à la B_____ (ci-après: l'employeur). À teneur d'un questionnaire rempli le 9 janvier 2013 par l'employeur, cette activité impliquait, au plan physique, de marcher, rester debout et soulever ou porter des poids entre 0 et 25 kg, et comportait de grandes "exigences/charges journalières" en "concentration/attention", endurance, soin et faculté d'interprétation, ce avec un horaire de 40 heures par semaine et pour un salaire brut de CHF 4'500.- par mois, plus un 13ème salaire.

b. Le 6 février 2012, l'assurée a subi une crâniotomie fronto-pariétale gauche avec résection Simpson I du méningiome. Il ressort du compte rendu opératoire de la même date du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) que la patiente était connue pour un méningiome fronto-pariétal gauche depuis 2009. En raison de la progression nette de ce méningiome chez une patiente se plaignant de céphalées surtout frontales, la résection s'était avérée nécessaire. Cette opération a été suivie d'une radiothérapie pendant six semaines.

c. Elle a été, parfois selon les HUG, parfois selon son médecin traitant le docteur C_____, en incapacité de travail totale du 3 février au 20 mai 2012, puis à 50% jusqu'au 15 juillet 2012. Dès cette date et jusqu'au 25 août 2012, la capacité de travail a été totale, mais nulle depuis le 26 août 2012 pour une durée indéterminée.

d. En mai 2012, l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI).

Par communication du 31 mai 2012, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI; l'office ou l'intimé) a octroyé à l'assurée la prise en charge du coût d'une perruque.

e. Dans son courriel du 10 juillet 2012 au médecin-conseil de l'employeur, le docteur D_____, Madame E_____, directrice des soins de l'employeur, s'est étonnée qu'il était prévu que l'assurée reprît le travail à 100%, dès lors que ses collègues avaient constaté qu'elle avait régulièrement des pertes d'équilibre et se déplaçait en vacillant parfois. Elle ne pouvait remplir que partiellement ses fonctions au sein de la stérilisation, n'étant pas capable de porter de charges lourdes, notamment les boîtes d'instrumentation. Elle avait fait deux malaises pendant son travail et se plaignait régulièrement de très forts maux de tête. Après

une matinée de travail, elle était épuisée et rentrait se coucher pour le reste de la journée. Les collègues ont également noté qu'elle avait des absences, si bien qu'ils devaient la contrôler pour pallier toute erreur. L'assurée, qui était incitée à venir travailler par son "besoin de voir du monde", aimait son travail et l'avait toujours effectué avec beaucoup d'application. Aujourd'hui, elle ne semblait plus être en mesure d'accomplir correctement sa tâche.

f. Dans son rapport du 31 octobre 2012, le Dr C_____ a émis les diagnostics de céphalées sur la base d'un méningiome opéré en février 2012, de syndrome du tunnel carpien bilatéral, de lombalgie chronique récidivante, de naevus pigmenté de l'hémithorax extirpé en 1997 et d'état avancé de dépression depuis août 2012.

g. À teneur du rapport d'évaluation du 28 novembre 2012 de l'OAI, l'assurée avait terminé les traitements de chimio et de radiothérapie. Elle se sentait mal, faible et souffrait de vertiges. Ayant peur de tomber, elle marchait avec une canne et sortait très peu de chez elle. Elle dormait mal et ne faisait plus grand-chose à la maison, déléguant la cuisine et le ménage à sa fille. Une tentative de reprise de travail avait échoué et elle était à nouveau à l'arrêt complet dès août 2012. L'impression générale était une personne complétement anéantie par son état dépressif.

h. Au plan médical, selon le rapport du 29 novembre 2012 de la doctoresse F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH traitante depuis le 14 septembre 2012, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif. Son état s'était dégradé petit à petit après son opération. À l'entretien, elle était déprimée. Elle ressentait une grande fatigue, avait des troubles de la mémoire à court terme, n'avait pas envie de voir des gens, avait l'impression que les gens se moquaient d'elle, n'avait pas confiance en elle ni dans les autres et se plaignait de troubles du sommeil. À cela s'ajoutait qu'elle ne sentait pas le goût de la nourriture. Elle pleurait durant l'entretien et avait peur de mourir, surtout quand elle avait mal à la tête. Elle ne faisait rien à la maison par peur de brûler la nourriture. Elle se plaignait aussi de douleurs au bras droit. Le traitement consistait en psychothérapie et médicaments. Sa capacité de travail était nulle depuis le 27 (recte 26) août 2012.

D'après le rapport du 16 janvier 2013 du docteur G_____ du service radio-oncologie des HUG, l'assurée présentait un méningiome atypique et une dépression majeure. Sa capacité de travail est nulle, mais on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. En octobre 2012 (mois pris en compte par ce médecin), les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance de la patiente étaient limitées.

Le 12 février 2013, le Dr C_____ a confirmé à l'OAI qu'une reprise de travail avait été possible du 16 juillet au 25 août 2012. Cependant, dans la mesure où l'assurée se plaignait de vertiges rotatoires et de céphalées, elle avait été mise de nouveau en arrêt de travail dès le 26 août 2012 pour une durée indéterminée.

i. Le 15 mars 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible.

j. Dans leur rapport de contrôle du 28 mars 2013, les Drs G_____ et H_____, des HUG, ont constaté qu'à dix mois de la fin de la radiothérapie, il n'y avait pas d'argument clinique ou radiologique pour une récidive de la maladie de base. L'assurée présentait une alopécie localisée pariétale gauche grade CTCAE 1, radio-induite. Le 24 avril 2013, le Dr G_____ a attesté que l'état était resté stationnaire. La patiente était toujours très déprimée. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle. La compliance était optimale, ainsi que la concordance entre les plaintes et l'examen clinique. On pouvait envisager un retour au travail ultérieurement.

k. Le 30 avril 2013, sur mandat de l'assurance de perte de gain, l'assurée a été soumise à une expertise par le docteur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 2 juillet 2013, l'expert n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. À titre de diagnostics sans répercussion sur celle-ci, il a mentionné un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.0 de la CIM-10), ainsi qu'un probable trouble somatoforme indifférencié (F45.1). La capacité de travail était de 100 % dès le moment de l'expertise, sans aucune limitation fonctionnelle. Dans les plaintes subjectives, l'assurée avait décrit un isolement, qu'elle ne sortait pas seule, se sentait fatiguée et incapable de faire quoi que ce soit. Elle avait également des troubles de la mémoire et de la concentration. Elle peinait à s'entretenir avec d'autres personnes que sa famille. À cela s'ajoutait une certaine rumination. Par ailleurs, elle était anxieuse depuis la survenue de ses problèmes de santé avec des épisodes d'anxiété paroxystique une à deux fois par semaine accompagnés d'une oppression thoracique et de difficultés respiratoires, ainsi que de vertiges. L'état émotionnel était variable, parfois en colère et à d'autres moments triste. Dans les constatations objectives, l'expert n'a pas noté des troubles de la vigilance, à l'exception de quelques troubles attentionnels. Il y avait une importante attitude régressive et l'assurée était prise dans un processus d'invalidation, sans qu'elle fût en prise à une souffrance psychique envahissante. L'expert n'a observé de fatigue particulièrement marquée ni durant ni en fin d'entretien.

l. Le 16 mai 2013, le Dr C_____ a attesté que l'état s'était aggravé. La capacité de travail était nulle, la compliance optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.

m. Par décision du 6 août 2013, l'office a octroyé à l'assurée la prise en charge du coût d'une perruque.

n. Dans un avis médical du 6 septembre 2013, le service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a considéré que la capacité de travail exigible était de 100 % dans l'activité habituelle et une activité adaptée depuis le 4 juin 2013.

o. Par projet de décision du 7 octobre 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de prestations AI.

p. Par écriture du 7 octobre (recte: novembre) 2013, l'assurée, représentée par son avocate, s'est opposée à ce projet, relevant notamment qu'elle s'était présentée au travail le 16 juillet 2012, mais qu'elle n'avait en réalité pas été en mesure de travailler, si bien qu'il n'était pas justifié d'admettre une interruption de l'incapacité de travail du 16 juillet au 26 août 2012.

Selon les rapports de la Dresse F_____ des 15 août et 21 octobre 2013 – comme du reste pour l'essentiel dans celui ultérieur du 18 décembre 2013 –, l'assurée présentait une incapacité de travail totale, étant très déprimée et angoissée avec des idées noires suicidaires par moments. Elle avait des troubles du sommeil et de l'appétit avec une perte de poids de 2,5 kg par mois. Par ailleurs, elle avait un trouble de la concentration et de la mémoire à court terme, avec pour conséquence qu'elle brûlait la nourriture, en oubliant les casseroles sur les plaques de cuisson. Elle était très méfiante et se sentait persécutée par les autres, se faisait toujours accompagner par son mari, avait peur d'une récidive de sa tumeur, pleurait durant les entretiens, se sentait victime d'injustices et non comprise par les autres. Elle était en outre en retrait social, manquait d'énergie, était tendue et irritable. Elle n'avait confiance ni en elle-même ni en les autres, et elle avait des difficultés à faire face dans la vie de tous les jours.

À teneur d'un rapport du 23 octobre 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, avait effectué en octobre 2013 un examen neurologique somatique, montrant une hyperréflexie généralisée prédominant aux membres inférieurs avec quelques secousses cloniques achilléennes rapidement épuisables mais sans signe d'atteinte pyramidale franche, ainsi qu'un bilan neuropsychologique détaillé, révélant essentiellement des troubles de la mémoire antérograde verbale sévère et, en moindre mesure, antérograde visuo-spatiale avec des troubles légers de certaines fonctions exécutives. L'examen électro-encéphalographique montrait uniquement des anomalies lentes fronto-tempo-pariétales gauches séquellaires de l'opération sur fond de fluctuations du niveau de la vigilance, mais sans signe d'irritation corticale. D'après le neurologue, les troubles cognitifs dont se plaignait l'assurée pourraient être soit en rapport avec les séquelles de son méningiome, en tout cas en partie, soit avec à la médication qu'elle prenait, raison pour laquelle ce médecin proposait de les diminuer. Toutefois, l'état anxio-dépressif pouvait aussi jouer un rôle défavorable pour les troubles mnésiques. Pour poser un diagnostic définitif, il fallait suivre l'évolution, raison pour laquelle un nouveau bilan neuropsychologique de contrôle était nécessaire dans six mois. Dans son courrier du 7 novembre 2013 à la Dresse F_____, le Dr J_____ a fait état d'un entretien avec l'assurée, qui était très gênée par sa plaque d'alopécie, et son mari, lors duquel, notamment, ledit neurlogue avait proposé des stratégies, telles que s'aider d'une liste de commissions et de notes, diminuer des surcharges de stimulations et

organiser les activités, afin que l'assurée pût les faire dans le calme. Il fallait aussi faire les activités par petits moments et les augmenter petit à petit.

q. En parallèle, le contrat de travail a été résilié par l'employeur avec effet au 30 novembre 2013 en raison d'une absence de longue durée.

r. Par la suite, au plan médical, dans son courrier du 24 septembre 2014 à la Dresse F_____, le Dr J_____ a notamment fait état de ce que l'assurée avait signalé six pertes de connaissance avec des prodromes sous forme de chaleur et vision floue, quatre fois la nuit lorsqu'elle se levait et deux fois dans la journée, en se levant également. Ses pertes de connaissances entraient vraisemblablement dans le cadre de malaises hypotensifs ou vasovagaux.

Le 13 octobre 2014, le Dr J_____ a informé la Dresse F_____ que l'examen électro-encéphalographique n'avait pas changé par rapport à celui effectué auparavant. Il montrait toujours un foyer d'anomalies lentes fronto-temporo-pariétales gauches séquellaires, mais sans signe d'activité épileptogène. Du bilan neuropsychologique de contrôle ressortait également toujours des séquelles d'une lésion fronto-pariétale avec des troubles sévères en mémoire antérograde verbale, des troubles modérés en mémoire visuo-spatiale et des troubles légers de certaines fonctions exécutives (ralentissement, difficultés de flexibilité mentale, d'attention sélective, d'incitation verbale). Il y avait cependant une discrète amélioration de la mémoire verbale. Le ralentissement et les difficultés d'attention, ainsi qu'une légère baisse des praxies gestuelles persistaient. Ce qui dominait actuellement le tableau était l'état anxio-dépressif qui restait très important.

s. À la demande du 30 janvier 2015 du SMR ayant jugé nécessaire de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique, le docteur K_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a, le 15 février 2016, eu un entretien de deux heures avec l'expertisée et, le 20 avril 2017, un entretien téléphonique avec la Dresse F_____. Dans son rapport du 20 avril 2017, soit plus d'une année après l'entretien, l'expert n'a posé aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Les diagnostics posés d'anxiété généralisée (F41.1), d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.0), et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail au plan psychiatrique. Celle-ci était ainsi totale et ceci depuis mi-2013. L'expert a admis que l'assurée avait fait des efforts de réadaptation sous forme de reprise de travail en 2012; toutefois, à ce moment, la symptomatologie dépressive était trop sévère, ce qui avait probablement conduit à l'échec de la mesure de réadaptation. Bien que l'expert dît avoir fondé l'expertise sur la lecture du dossier, il n'a fait aucun état dans son rapport des bilans neuropsychologiques effectués par le Dr J_____.

t. Le SMR ayant considéré 7 juin 2017 que l'expertise du Dr K_____ était convaincante et que les précédentes conclusions du SMR restaient ainsi valables, l'office a, par décision du 16 juin 2017, rejeté la demande de prestations AI de

l'assurée, dès lors qu'elle présentait une capacité de travail de 100% depuis le 4 juin 2013. Elle n'avait pas non plus présenté une période d'incapacité de travail d'une année sans interruption notable, compte tenu du fait qu'elle avait repris le travail à 100% du 16 juillet au 26 (recte 25) août 2012. Le droit à une rente d'invalidité était dès lors nié. Des mesures professionnelles n'étaient pas à l'ordre du jour puisque la capacité de travail de l'intéressée était entière.

B. **a.** Par acte du 16 août 2017, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 6 février 2012, sous suite de dépens. Il y avait lieu selon elle d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique.

b. Après que l'intimé a, le 14 septembre 2017, conclu au rejet du recours, la chambre des assurances sociales a, par arrêt du 19 octobre 2017 (ATAS/934/2017, dans la cause A/3371/2017), admis partiellement le recours, annulé la décision du 16 juin 2017, octroyé à la recourante une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013, renvoyé la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'un bilan neuropsychologique et, si sur la base de celui-ci une capacité de travail résiduelle paraissait probable, d'un stage d'observation professionnelle, ainsi que pour nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter d'octobre 2013, et condamné l'office à verser à l'assurée une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.

À teneur de cet arrêt, concernant la question du droit éventuel à une rente d'invalidité dès octobre 2013, aucune valeur probante ne pouvait être attribuée à l'expertise du Dr K_____. En effet, celle-ci ne prenait manifestement pas en compte l'intégralité du dossier médical, notamment les constatations du Dr J_____ sur la base des examens neurologiques et deux bilans neuropsychologiques, ce qui était d'autant plus choquant que les plaintes de la recourante avaient porté sur ses nombreux oublis dans la vie de tous les jours (à la question de savoir ce qu'il l'empêcherait de travailler, elle déclarait au Dr K_____ que c'étaient les oublis, la fatigue et le fait qu'elle ne pourrait plus réfléchir suffisamment pour trier correctement les instruments médicaux). Le Dr K_____ ne pouvait notamment pas écarter les plaintes de l'expertisée concernant les troubles cognitifs sur la base d'un seul examen clinique, étant donné qu'en présence de tels troubles, il convenait de les faire objectiver par un bilan neuropsychologique. Or, selon le dernier bilan neuropsychologique du Dr J_____ en octobre 2014, l'assurée présentait toujours des séquelles d'une lésion fronto-pariétale avec des troubles sévères en mémoire antérograde verbale et des troubles légers de certaines fonctions exécutives (ralentissement, difficultés de flexibilité mentale, d'attention sélective et d'incitation verbale). Par rapport au précédent examen, il y avait uniquement une discrète amélioration de la mémoire verbale. Par ailleurs, l'état anxio-dépressif dominait. En outre, la mission de

l'expert, selon le médecin du SMR, était une expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique. Ce volet, indispensable en l'occurrence au vu des plaintes de l'intéressée, faisant défaut et l'expert n'ayant de surcroît pas tenu compte des examens neuropsychologiques antérieurs, l'expertise ne pouvait être considérée comme complète. Au vu du résultat des examens neuropsychologiques, elle n'était pas non plus convaincante. Ainsi, dans la mesure où le dernier examen neuropsychologique était antérieur de plus de deux ans et demi à la décision litigieuse, il y avait lieu de refaire un bilan neuropsychologique. Par ailleurs, il convenait de compléter les constatations médicales par un stage dans un centre d'observation professionnelle au titre de mesure d'instruction, afin d'établir concrètement quelle était la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail.

C. **a.** Mandaté sur demande du SMR reprise par l'office, Monsieur L_____, psychologue et spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a procédé à un examen neuropsychologique de l'assurée le 1er mars 2018. Selon son rapport du 6 mars 2018, l'expertisée avait un profil de troubles similaires à ceux mis en évidence en 2013 – par le Dr J_____ –, avec un ralentissement, des troubles exécutifs et mnésiques, mais tous ces troubles étaient actuellement nettement plus intenses qu'alors. Elle présentait aux tests des troubles cognitifs moyens à graves au sens de la classification de l'Association suisse des neuropsychologues affectant les domaines exécutifs, mnésiques et attentionnels. Il y avait un ralentissement important qui ne touchait pas seulement les fonctions attentionnelles mais la réalisation de l'ensemble des tâches. Ces troubles, en particulier le ralentissement, étaient observés chez une expertisée qui prenait une médication anxiolytique importante associant un antipsychotique et une benzodiazépine à doses non négligeables, dont elle avait d'ailleurs pris un comprimé juste avant la séance d'examen.

Par ailleurs, selon le neuropsychologue, la dégradation importante des fonctions cognitives de l'intéressée depuis 2013 ne pouvait que difficilement s'expliquer par l'atteinte neurologique, son état étant stable de ce point de vue depuis l'opération de 2012, sans récidive tumorale. Seule une dégradation attestée de son état psychique, ainsi que la consommation médicamenteuse, seraient à même d'expliquer une telle péjoration de la cognition. Dans le même temps cependant, on observait des signes de défaut d'effort dans les tâches spécifiques et dans les tâches "tout venant", signes qui se manifestaient entre autres aux empans visuo-spatiaux, les scores apparaissant trop faibles pour être crédibles, ce à quoi s'ajoutait notamment une altération de l'orientation peu crédible chez une personne pour laquelle aucune diagnostic de démence n'avait été posé. De ce fait, la validité de l'examen était faible. Ces signes interdisaient de se prononcer sur la gravité effective des troubles. Ainsi, s'il était possible que l'assurée souffrait de difficultés exécutives, attentionnelles et mnésiques, l'examen neuropsychologique ne permettait pas de décider de l'intensité réelle de ces éventuelles altérations

cognitives, ni donc de retenir un diagnostic neuropsychologique. Il était enfin précisé que rien, dans les tests neuropsychologiques, ne permettait de dire que ledit défaut d'effort correspondait à un processus conscient.

b. En parallèle, à teneur de l'"attestation médicale" du 28 février 2018 de la doctoresse M_____, cheffe de clinique au service de radio-oncologie des HUG, les traitements effectués en 2012 contre le méningiome avaient entraîné des séquelles sous forme d'une alopécie de grade II (complète) de la région fronto-temporale gauche, sans aucune chance de repousse à cet endroit-là, et étaient responsables d'une dépression sévère de l'intéressée.

Selon l'"attestation médicale" du 8 mars 2018 de la Dresse F_____, l'état de santé psychique de l'assurée, qui souffrait d'une dépression sévère et se sentait diminuée et différente avec une perte de confiance en elle-même due à son aspect physique vu le manque de cheveux sur la région fronto-temporale gauche, ne présentait pas d'amélioration. Une implantation capillaire était souhaitable.

Le 25 août 2018, l'assurée a effectué un séjour au service des urgences des HUG, à l'issue duquel, par rapport ("résumé de séjour") établi le lendemain 26 août 2018, les médecins ont retenu en synthèse un "malaise avec PC sans prodrome".

c. À la suite d'une demande formulée le 28 mars 2018 par le SMR, l'établissement d'une expertise psychiatrique a été confié au docteur N_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a eu un entretien le 16 octobre 2018 de 2h15 avec l'assurée, ce à quoi se sont ajoutées des analyses du sang concernant les "médicaments et toxiques" effectuées le 14 novembre 2018.

Selon le rapport d'expertise du 24 janvier 2019, sous "constats psychiatriques", celle-ci ne présentait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation, le jugement et le raisonnement étant quant à eux conservés; elle donnait l'impression de ressasser des ressentiments d'injustice; le sommeil était relativement bon lorsqu'elle prenait le Dormicum et globalement ne paraissait que moyennement perturbé; l'appétit était stable; elle avait parfois des idées suicidaires, mais sans velléité de passer à l'acte; elle avait de l'anxiété corrélative au fait de sortir à l'extérieur, ce qu'elle ne faisait qu'accompagnée; elle se sentait souvent un peu perdue avec des sensations de vertiges, des tremblements des jambes, une faiblesse musculaire, et, selon ses déclarations, il lui arriverait même de tomber; étaient relevées une photophobie, une phobie des ascenseurs mais sans argument pour un trouble de l'anxiété généralisé, des céphalées fréquentes, au moins une fois par jour et répondant aux antalgiques; l'expertisée était capable d'investir la relation avec sa fille et ses petits-enfants, et éprouvait parfois un certain plaisir à regarder la TV, mais elle pouvait parfois être irritable avec son mari.

Les tests psychométriques réalisés le 20 septembre 2018 en serbo-croate par Madame O_____, psychologue FSP, montraient certaines divergences suivant les différents tests : le Hamilton anxiété suggérait une anxiété chronique légère,

tandis que le SCL-90R donnait des scores élevés pour l'ensemble des facteurs, y compris traits paranoïaques et traits psychotiques, alors qu'aucun élément du dossier ni l'examen clinique ne faisaient état de symptômes psychotiques; cela pourrait expliquer en partie la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient.

D'après l'expert, il n'y avait pas de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics sans une telle répercussion étant un trouble dépressif de gravité légère ainsi qu'une personnalité avec des traits anxieux et dépendants. Actuellement, il n'y avait pas de répercussions majeures sur les activités sociales, l'expertisée ayant des relations avec ses filles et petits-enfants, certains loisirs comme regarder la TV et peu de limitations dans les tâches ménagères dont elle assumait la majorité. Des facteurs d'ordre socioculturel, économique ou autres jouaient un rôle dans la situation de l'intéressée, associés à une personnalité peu introspective qui tendait à somatiser ses difficultés.

S'agissant de la question de la capacité de travail, l'expert relevait qu'après l'expertise psychiatrique du Dr I_____, la prise en charge médicale intensive et dans les règles de l'art ainsi que la bonne observance au traitement avaient certainement permis une forte diminution de la symptomatologie dépressive; pourtant, l'intéressée évoluait plutôt vers la régression en sollicitant massivement son entourage, en particulier son époux et sa famille, et se montrant irritable. Les conclusions du rapport d'expertise du Dr K_____ étaient peu probantes. Les deux bilans neuropsychologiques relativement sommaires du Dr J_____ ne procédaient à aucun test de validation ni analyse détaillée du diagnostic différentiel, car il indiquait lors de la deuxième évaluation que les problèmes anxio-dépressifs étaient "certainement au premier plan, sous-entendu, pour l'expliquer". Si le Dr N_____ pouvait admettre que, dans le rapport de l'expert K_____, la symptomatologie dépressive était toujours légère, il évoquait surtout un trouble panique, avec agoraphobie qui avait déjà nécessité, au vu du dernier rapport des HUG, des consultations en urgence. L'expertisée avait des craintes catastrophiques par rapport à ses symptômes, ce qui était relativement habituel dans l'évolution de ces troubles paniques. Etaient à noter les éléments de régression, les traits de personnalité dépendants chez une assurée qui tendait à souvent surveiller son monde intérieur, autrement dit ici ses symptômes physiques. L'intéressée mettait en œuvre des stratégies de contrôle, en étant surtout accompagnée de son époux, rendant les malaises beaucoup moins intenses, ou également par certains mécanismes d'évitement. On ne pouvait pas retenir un trouble majeur de la personnalité, et il convenait de noter une certaine insatisfaction conjugale, des difficultés à faire face à l'émancipation de ses deux filles chez une assurée peu intégrée au niveau social. En vertu de l'importance des bénéfices secondaires, l'expertisée sollicitait massivement son entourage qui répondait en empêchant toute évolution; en effet, d'une certaine manière, elle

semblait avoir trouvé actuellement un certain équilibre satisfaisant dans cette situation. L'expert ne pouvait pas considérer qu'elle puisse travailler à 100 % car l'anxiété mobilisait certainement une partie de son énergie, notamment lorsqu'elle utilisait des stratégies de contrôle pour la maîtrise de l'anxiété; l'intéressée disposait donc de moins de ressources disponibles pour reprendre une activité professionnelle. Les faibles perspectives pour retrouver un emploi, la faible qualification et le long éloignement du travail, qui était certainement un facteur anxiogène, de même qu'une certaine vulnérabilité au stress, incitaient à penser que l'expertisée n'était plus apte à travailler à plus de 50 %, soit 4 heures par jour, dans une activité néanmoins simple, sans grandes responsabilités, ainsi que sans baisse de rendement, ce taux d'activité permettant à l'intéressée de récupérer de son épuisement physique, l'évolution dans le temps étant difficile à prédire.

Enfin, toujours d'après l'expert, il serait peut-être judicieux d'organiser une observation extérieure pour déterminer réellement ce qu'il en était du handicap annoncé lorsque l'expertisée devait s'éloigner "un peu" de chez elle et l'importance des malaises suggérant un trouble panique.

d. À des questions posées le 12 février 2019 par le SMR qui ne comprenait pas pourquoi l'atteinte psychique retenue par cet expert pouvait justifier l'incapacité de travail de 50 %, le Dr N_____ a, par écrit du 2 mai 2019, répondu que, lors de l'établissement du rapport d'expertise du 24 janvier 2019, il avait le sentiment que l'expertisée disposait d'une pleine capacité de travail mais qu'il manquait d'éléments dans le dossier pour l'attester pleinement, la durée de l'éloignement du monde du travail et des motifs qui sortaient du champ médical, dans le contexte des éléments psychosociaux, pouvant certainement avoir "une valeur non négligeable". Selon l'expert, un état de dépressif léger chez une personnalité non décompensée pouvait difficilement justifier une incapacité de travail. Le rapport d'expertise était peu clair et erroné concernant les seules limitations psychiques. Les atteintes à la santé incapacitantes était le trouble de la personnalité de gravité légère chez une personnalité avec traits anxieux et dépendants. Il existait des raisons non médicales; en d'autres termes, la capacité de travail était entière. Des éléments parfois un peu discordants indiquaient à l'expert qu'une observation extérieure pourrait permettre de clarifier définitivement cette situation.

e. À la suite d'un avis médical du 8 mai 2019 du SMR qui faisait siennes les précisions et corrections apportées le 2 mai 2019 par l'expert N_____ et estimait notamment que les troubles neurosychologiques n'étaient pas en rapport avec une atteinte à la santé, l'OAI a, par projet de décision du 17 juin 2019, conclu, sur la base des éléments médicaux en sa possession, que l'intéressée ne présentait plus d'incapacités de travail depuis le 1er octobre 2013 et a envisagé de rejeter sa demande de prestations AI.

f. Le 16 août 2019, l'assurée, toujours représentée par son conseil, a contesté ce projet de décision et a conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle et au complètement du dossier par l'office en

instruisant sur les éléments non traités comme les évanouissements, les céphalées, l'aggravation sur le plan psychique, ainsi que sur les l'origine des troubles décrits par le neuropsychologue L_____, et, principalement, au prononcé d'une décision lui accordant la rente entière d'invalidité dès octobre 2013.

Etaient joints des rapports des 22 et 29 juillet 2019 de la Dresse F_____ faisant notamment état d'une dégradation de l'état psychique de la patiente avec des chutes à répétition durant l'année 2018, qui l'avait amenée à adresser celle-ci en décembre 2018 au docteur P_____, spécialiste FMH en neurologie (et électroencéphalographie). Celui-ci l'a reçue en consultation les 17 décembre 2018 ainsi que 21 janvier et 21 février 2019 selon ses rapports des 18 décembre 2018, respectivement 22 janvier et 5 mars 2019, et mentionnait les traitements introduits ainsi que, notamment, la présence de céphalées de tension, en lien possible avec des éléments de stress, et une difficulté pour lui d'être certain de la nature comitiale des pertes de connaissance qui pourraient constituer des pseudo-crises dans un contexte de stress et d'anxiété.

g. Selon un avis médical du 3 septembre 2019 du SMR, l'assurée présentait une symptomatologie polymorphe, notamment anxieuse, et semblant avoir évolué au cours du temps, qui rendait difficile de savoir si ses malaises, avec perte de connaissance, étaient attribuables à un trouble panique comme évoqué par le Dr N_____ ou à des pseudo-crises comme évoqué par le Dr P_____, ou ces deux causes. Pour ces raisons et afin de déterminer l'exigibilité dans l'activité habituelle et une activité adaptée depuis octobre 2013, il était souhaitable que mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique avec bilan neuropsychologique.

h. Une expertise médicale bidisciplinaire a été mise en œuvre au Q_____ pour répondre aux questions de l'office et celles complémentaires de l'intéressée, qui a fait l'objet d'examens le 11 décembre 2020 de 1h30 par le docteur R_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, le même jour de 2 heures par le docteur S_____, spécialiste FMH en neurologie, et le 15 décembre 2020 de 3h30 par Madame T_____, neuropsychologue FSP, avec aussi un examen de laboratoire ("monitoring médicamenteux") le 11 décembre 2020.

Dans leur rapport d'expertise du 16 février 2021, plus précisément l'"évaluation consensuelle" (ajoutée aux trois rapports spécifiques de chaque expert), ces experts ont considéré ce qui suit.

En synthèse, les plaintes et la présentation clinique de l'expertisée, qui comprenait et parlait "un français simple" et qui était notamment passive et peu engagée dans l'examen, vague dans ses propos et démonstrative, était quasiment identique aux trois autres expertises psychiatriques (de 2013, 2017 et 2019), les diagnostics étant un peu différents mais finalement très proches de ceux de ces trois expertises. Les Drs R_____ et S_____ ainsi que Mme T_____ avaient chacun constaté une claire majoration des symptômes, des incohérences et des facteurs de

surcharge, ce qui rendaient les plaintes psychiques exprimées par l'intéressée moins plausibles et amenaient à rejoindre, concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, les conclusions des expertises psychiatriques précédentes. Les diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail étaient : - majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0), vu l'absence de substrat organique pour la symptomatologie mentionnée par les experts neurologue et neuropsychologue et la claire majoration des symptômes à l'examen neuropsychologique, de même que l'attitude histrionique de l'assurée, des plaintes sans substrat organique, la fixation dans un rôle d'handicapée et le contexte d'une attente de compensation financière; - dysthymie (F34.1), dans le cadre d'une symptomatologie dépressive existant depuis huit ans de manière permanente et sans aucune phase d'amélioration, étant au surplus précisé que la fatigabilité et les problèmes de concentration pourraient être liés à la médication (deux molécules de type benzodiazépines, un neuroleptique et un antidépresseur connus pour ses effets sédatifs); - autres troubles anxieux mixtes (F41.3), l'expertisée présentant une symptomatologie d'anxiété généralisée et souffrant d'une phobie des chiens depuis l'enfance et d'autres formes de phobies depuis 2012; - status après extirpation macroscopiquement totale d'un méningiome fronto-temporal gauche de grade II selon l'OMS, suivie d'une radiothérapie (2012); - malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie, ou un mélange des deux), avec en outre la précision que les sensation vertigineuses étaient "clairement sans substrat neurologique-organique"; - céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles, étant précisé que les maux de tête, de par leur fréquence actuelle, n'étaient "pas cause d'une incapacité de travail significative dans l'activité antérieure ainsi que dans toute activité potentiellement exigible".

Était retenue une capacité de travail à 100 % (à plein temps et avec plein rendement) dans l'activité habituelle et une activité adaptée, ceci depuis la mise en arrêt de travail à l'exception de quelques semaines faisant suite à l'intervention sur le méningiome et la radiothérapie. Cela étant, dans le chapitre "évaluation médicale interdisciplinaire" était noté que la fréquence actuelle des crises (une à deux fois par mois) ne représentait pas une cause d'incapacité de travail respectant les limitations fonctionnelles suivantes, indiquées par l'expert neurologue: pas d'activité en hauteur, ni à proximité d'un engin à risque (ou dangereux) de blessures en cas de perte de connaissance, et pas de conduite professionnelle d'un véhicule automobile.

Sous le chapitre "évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence" de l'"évaluation consensuelle" était écrit : "Il y a de nets signes de majoration dans l'attitude de l'expertisée, qui a montré un profil de performances très inhabituel et peu cohérent dans les tests. Si des troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs peuvent théoriquement découler de l'atteinte cérébrale initiale et de la prise de benzodiazépines, des facteurs étrangers à la condition

neurologique de [l'expertisée] interfèrent significativement dans le tableau et rendent toute interprétation objective et fiable des résultats mesurés impossible. En effet, nous estimons qu'il existe des incohérences majeures dans les tests, qui ne sont imputables ni à une atteinte cérébrale, ni au traitement médicamenteux, mais résultent d'un défaut d'effort, dont le caractère conscient ou inconscient ne peut être déterminé sur la base de notre examen"; puis : "L'expertisée semble fixée dans un rôle d'handicapée". Sous "évaluation des ressources et des facteurs de surcharge" : "les ressources semblent diminuées anamnestiquement, mais les éléments objectifs que nous avons à disposition, notamment l'examen neuropsychologique, nous font douter de la véracité de cet état. Il existe une évidente surcharge". Ensuite, dans le chapitre "contrôle et cohérence" était noté que les troubles neurologiques étaient cohérents, mais leur étiologie somatique vraisemblablement uniquement partielle. Au plan neuropsychologique, plusieurs incohérences étaient observées : par exemple incapacité à fixer une séquence simple de mouvements alors qu'il n'y avait pas de signes cliniques d'oubli à mesure; meilleurs scores sur des items complexes que simples à une épreuve de raisonnement visuel; meilleures performances en rappel libre qu'en reconnaissance terme à terme sur plusieurs items d'une tâche de mémoire épisodique verbale; réactivité inhabituellement fluctuante à un test de temps de réaction simple; apparition d'erreurs après une phase d'entraînement parfaitement réalisée, etc., ce à quoi s'ajoutaient des scores extrêmement faibles à des épreuves mnésiques conçues pour détecter un biais négatif de réponse et un défaut d'effort; ces problèmes ont conduit la neuropsychologue à "malheureusement conclure à un défaut de validité des résultats, rendant toute interprétation objective impossible". En outre, l'expertisée paraissait "particulièrement plaintive et vraisemblablement majorante". Elle avait signalé avoir tenté de se suicider quatre à six mois auparavant, mais sa psychiatre traitante n'en était pas au courant; elle avait en outre dit rencontrer la Dresse F_____ chaque semaine, mais cette dernière avait signalé une fréquence d'une séance par mois. En revanche, la description des activités quotidiennes était congruente aux plaintes, l'atteinte était uniforme dans tous les domaines de la vie selon les descriptions de l'intéressée, et son adhérence médicamenteuse était bonne.

De l'avis de l'expert neurologue, le méningiome (tumeur cérébrale) et son traitement n'étaient responsables ni des troubles émotionnels et comportementaux présentés par l'assurée, ni de ses maux de tête, mais possiblement et en partie des malaises. Par ailleurs, il était difficile de déterminer la nature exacte des migraines, mais la réponse au traitement Lamictal paraissait suffisamment bonne pour autoriser une reprise d'une activité professionnelle et des mesures de réadaptation; les céphalées ne représentaient pas non plus une cause de limitation fonctionnelle et d'incapacité de travail; actuellement, il convenait de poursuivre le traitement en cours, sans autre. "Une réadaptation [était] théoriquement possible mais d'indication douteuse, compte tenu du fait que la capacité de travail [était] complète dans l'activité exercée antérieurement et au vu du contexte global".

Concernant l'"évaluation de la cohérence et de la plausibilité", les troubles étaient cohérents et plausibles, mais leur nature ainsi que leur importance exactes ne pouvaient pas être déterminées clairement compte tenu d'une incertitude importante sur le plan anamnestique. Au surplus, sous "ressources personnelles", l'expertisée était clairement autonome dans les activités quotidiennes, excepté le fait d'être accompagnée lorsqu'elle sortait de son domicile, pour des raisons non neurologiques; sous "ressources externes", elle paraissait bien entourée par sa famille, mais son réseau social était vraisemblablement assez maigre.

S'agissant des ressources et activités de l'expertisée, décrites par l'expert psychiatre, celle-ci une capacité de prise de décision et de jugement conservée, avait des capacités relationnelles limitées et était repliée sur son entourage familial, n'avait ni loisirs ni hobbies, ne conduisait plus de voiture depuis son opération de 2012, prenait les transports publics et, d'une manière générale, sortait de son appartement seulement accompagnée de son mari ou d'une de ses filles, ne faisait pas les courses ou seulement parfois en accompagnant son époux, ne s'occupait d'aucune des tâches ménagères (si ce n'était parfois la confection d'une salade) ni administratives qui étaient entièrement gérées par son mari, ne supportant notamment pas le bruit de l'aspirateur, elle lisait des journaux ou livres en serbe deux fois 30 minutes par jour, ce qui était également le cas pour la TV, mais ceci avait tendance à lui faire mal à la tête et elle n'arrivait pas à se souvenir de ce qu'elle avait vu. De l'avis du Dr R_____, le traitement médicamenteux ne paraissait pas justifié au vu des diagnostics retenus par les experts; il serait important de faire un sevrage des benzodiazépines et d'arrêter le neuroleptique, voire également la molécule antidépressive Saroten, à cause de leurs effets sédatifs.

i. Après que le SMR a, le 15 mars 2021, suivi les conclusions des derniers experts, l'OAI a, par décision, rejeté la demande de prestations AI de l'intéressée (rente et mesures professionnelles), pour les mêmes motifs que dans son projet de décision.

D. **a.** Par acte daté du 25 avril 2021 et expédié le lendemain 26 avril, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant, "avec suite de frais et dépens", à l'annulation de cette dernière et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er octobre 2013, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office pour la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle afin d'évaluer l'existence et l'étendue éventuelle d'une capacité de travail et prise de décision subséquente.

À l'appui du recours était notamment invoqué un courrier du 13 avril 2021 du Dr C_____ à l'avocate de l'intéressée. D'après ce médecin, les constatations et conclusions en lien avec l'examen neuropsychologique de Mme T_____ ne tenaient pas compte du lourd traitement de la patiente et de ses lourds effets produits lors de l'examen; pour obtenir des résultats d'examens valides, il aurait fallu que la recourante s'y soit présentée sans prises préalable de médicaments

durant au moins cinq jours, ceci sans entraver l'état de santé de celle-ci et avec l'accord des médecins spécialistes (neurologue et psychiatre traitants).

Dans un rapport du 15 avril 2021, la Dresse F_____ avait en substance émis les mêmes critiques que le Dr C_____ à l'encontre de l'examen neuropsychologique de l'expertise du Q_____, précisant que la patiente ne pourrait pas être privée de sa médication, même pas une journée; celle-ci n'avait pas tendance à amplifier ses symptômes; sa capacité de travail était nulle. Par courriel du 19 avril 2021, la psychiatre traitante a précisé que l'assurée souhaiterait la consulter une fois par semaine, mais que cela dépendait de la disponibilité de son mari, de sorte qu'elle venait une à deux fois par mois "et selon l'évolution".

b. Dans sa réponse du 18 mai 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Selon lui, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail (entière) de l'intéressée, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires, notamment stage d'observation professionnelle, s'avérait inutile.

Était annexé un avis médical du SMR considérant que les rapports médicaux produits à l'appui du recours n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation du cas, qui demeurait valable.

c. Par réplique du 21 juin 2021, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

d. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes tenue le 29 mars 2022 devant la chambre de céans, la recourante a précisé certains points concernant son état de santé, ainsi que le déroulement de la dernière expertise, en particulier l'examen neuropsychologique par Mme T_____, relevant notamment avoir pris du Temesta avant cet examen, de même qu'avant l'audience.

Le Dr P_____, entendu en qualité de témoin, et qui avait lu les expertises dont l'assurée avait fait l'objet, a déclaré avoir vu celle-ci en 2018 parce qu'elle avait commencé à faire des malaises, ce qui évoquait la possibilité d'une épilepsie lésionnelle; elle était actuellement traitée avec un antiépileptique, le Lamictal; les malaises allaient beaucoup mieux; depuis l'opération de 2012, elle souffrait de céphalées quasi quotidiennes, à la fois migraineuses et de tension (l'origine de ces céphalées), l'origine "de tension", étant plus importante que la migraineuse et venant certainement d'une anxiété importante et persistante. Selon le neurologue traitant, le problème majeur chez l'intéressée était qu'elle avait une anxiété persistante liée à la tumeur cérébrale opérée en 2012, en particulier au pronostic, alors que ce dernier était en principe très bon. Le Dr P_____ pouvait imaginer que la patiente avait de la peine à effectuer un examen neuropsychologique qui dure 2 heures car elle était fatiguée et ne pouvait pas se concentrer; il ne pouvait néanmoins pas exclure qu'il y ait une recherche, même inconsciente, de bénéfices secondaires dans sa fatigue et son absence de concentration, mais ceci n'empêchait pas qu'il y avait bien un état anxio-dépressif sous-jacent bien réel, pas encore

stabilisé, à confirmer par un psychiatre. Sur question du président qui mentionnait que dans une expertise il était retenu une majoration des symptômes ainsi qu'un manque de collaboration et un défaut d'effort pendant les tests neuropsychologiques rendant la validité des données douteuse, avec des incohérences, le neurologue traitant a répondu ne pas pouvoir l'exclure, ni ne pouvoir exclure une recherche consciente de bénéfices secondaires, laquelle, si elle était inconsciente, pourrait être liée à l'état dépressif sous-jacent; à la fois une recherche de bénéfices secondaires n'était pas exclue et à la fois il y avait des pathologies qui limitaient l'assurée au plan de sa capacité de travail. Au plan neurologique pur, au vu du très bon pronostic concernant sa tumeur et de son épilepsie qui était très bien maîtrisée, la recourante avait une capacité de travail qui était bonne; on pourrait imaginer un 50 % dans toute activité sauf des situations dangereuses comme monter sur un échafaudage; en effet, on pouvait admettre que les séquelles neurochirurgicales d'une opération du cerveau limitaient les performances physiques et cognitives; le lobe frontal, sur lequel il y avait eu l'opération de 2012, était utilisé pour les éléments de programmation d'une journée, d'organisation du travail, de vitesse d'exécution; une atteinte frontale peut expliquer une lenteur dans la réalisation des tests neuropsychologiques, mais son existence n'était en l'état pas établie, ni exclue non plus car l'intéressée avait été opérée sur la région frontale; une telle atteinte ne pourrait être établi que par un test neuropsychologique; sur question du président qui relevait qu'il retenait une incapacité de travail de 50 % au plan neurologique tout en déclarant que les séquelles neurochirurgicales n'étaient pas établies, le Dr P_____ a répondu qu'il était habituel d'avoir des séquelles après une telle intervention chirurgicale. Il pensait que la patiente avait un ralentissement global, notamment dans l'exécution des tâches ainsi que dans la programmation de celles-ci; il était difficile d'établir si et dans quelle proportion cela était dû à une atteinte au lobe frontal (plan neurologique) ou à l'état anxio-dépressif sous-jacent. Certains des médicaments pris par l'intéressée pouvaient jouer un rôle dans le ralentissement global de la patiente, à savoir le Dormicum, le Xanax (benzodiazépines) et l'Aripiprazol (neuroleptique), alors que les médicaments que lui-même prescrivait, à savoir l'antiépileptique Lamictal et l'anti-migraines Aimovig, n'avaient quant à eux pas d'effets de ce type, ni ne pouvant au surplus être abandonnés. Le neurologue traitant ne pensait pas que l'intéressée soit capable d'assumer la charge d'assistante instrumentiste en bloc opératoire, et, au plan des limitations fonctionnelles, au niveau neurologique, il lui faudrait un travail adapté à sa lenteur d'exécution, donc qui n'exigeait pas des tâches complexes ni rapides. Le Dr P_____ était favorable à ce que la patiente participe à un stage d'observation et d'orientation professionnelles afin de déterminer ce qu'elle pourrait faire concrètement.

Selon la Dresse F_____, également entendue en qualité de témoin, et qui avait lu les expertises du Dr N_____ et du Q_____, la recourante souffrait depuis 2012, sans interruption, d'un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes

psychotiques, ce à quoi s'ajoutait une personnalité anxieuse généralisée (diagnostic) que l'assurée avait par nature mais qui s'était aggravée à cause de l'opération de 2012. Ses symptômes psychotiques étaient de gravité moyenne : elle entendait la sonnerie de l'appartement, même si ce n'était pas réel, et elle se sentait persécutée souvent, notamment quand elle sortait, étant en outre relevé que pendant trois à quatre ans après le début l'automne 2012, elle avait entendu sa mère absente l'appeler par son prénom. A la maison elle ne faisait rien, elle avait des troubles de mémoire et de concentration, elle brûlait la nourriture si elle cuisinait; durant la journée, elle ne faisait pas grand-chose; elle aidait son mari pour la cuisine si elle pouvait, et elle le suit toujours même à l'extérieur par peur d'être seule; à la maison elle est aussi aidée par sa fille et son beau-fils. La capacité de travail de la patiente est nulle dans toutes activités. Ce qui l'empêchait de travailler étaient ses troubles sévères de concentration et de mémoire, ainsi que ses hallucinations auditives, plus un déficit sévère de mémoire à court terme, ainsi que, souvent, des attaques de panique réelles (serrements dans la poitrine, tachycardie, nœud dans la gorge et boule dans le ventre et serrements dans la tête, et ensuite des tremblements dans les mains et les pieds, avec perte de ses moyens, pouvant alors faire une chute, non en raison d'une perte de connaissance mais en raison d'une perte de contrôle du centre de respiration dans le cerveau); en outre, la patiente était déjà stressée de nature et le serait encore plus avec un travail, et le stress augmenterait les symptômes psychotiques. La psychiatre traitante lui prescrivait, en précisant avoir adapté le traitement il y a deux ans en accord avec le Dr P_____ : Saroten 25 mg 2x/j (matin et soir), Dormicum 15 mg (le soir), Aripiprazole (Abilify) 5 mg (le soir), Temesta Expidet 3x 1mg/j plus 2 comprimés en réserve, Xanax 2x 1mg/j (matin et soir), Nexium 2x 40 mg/j (matin et soir), Symfona 240 mg (le matin); l'assurée respectait ce traitement exactement, sans en prendre trop, comme confirmé par la pharmacienne. Concernant la mention dans l'expertise du Q_____ d'une majoration des symptômes ainsi que d'un manque de collaboration et d'effort pendant les tests neuropsychologiques rendant la validité des données douteuse, avec des incohérences, la Dresse F_____ a répondu que la recourante lui avait dit que lorsqu'elle avait fait ces tests, elle était hyper-angoissée et avait pris plusieurs comprimés de Temesta (entre deux et trois) avant l'expertise; ceci l'avait ralentie et l'avait empêchée de répondre correctement; l'angoisse et le Temesta empêchaient une personne de parler correctement et la faisaient bégayer; l'intéressée peut être sans traitement moins d'un jour mais pas plus, sinon elle serait hors d'elle et elle crierait et serait capable de passer à l'acte en se jetant depuis le balcon; le Temesta était indispensable pour la calmer. Le Xanax, le Dormicum et le Temesta (benzodiazépines) et l'Aripiprazole (neuroleptique) pouvaient ralentir le fonctionnement global de la patiente; l'Abilify était prescrit pour traiter les hallucinations (symptômes psychotiques de la dépression) et ceci fonctionnait en partie car la psychiatre traitante ne pouvait pas l'augmenter trop à cause des deux médicaments prescrits par le Dr P_____; il n'y a pas d'autres effets secondaires des médicaments prescrits que le

ralentissement. L'assurée n'avait pas mal répondu aux questions des experts et aux tests neuropsychologiques, car son lourd traitement l'empêchait de faire mieux. Elle était une personne sincère qui ne majorait ni ses symptômes ni ses difficultés, et elle n'était pas du tout à la recherche de bénéfices secondaires; au contraire, elle avait essayé d'aider à la maison mais cela n'allait pas, et elle disait souvent à la Dresse F_____ être la maison comme dans une prison et souhaiter avoir un retour au travail un jour.

Lors de cette même audience, la recourante a produit une traduction effectuée par sa fille d'un texte écrit en serbe dans lequel elle écrivait ce qu'elle voulait dire à la chambre des assurances sociales, notamment qu'elle oubliait très vite (après 30 minutes environ) ce qu'elle avait lu ou vu à la TV et qu'elle avait très souvent des attaques de panique.

e. Par observations après enquêtes du 9 avril 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions de recours.

f. Par écriture du 1er juin 2022, l'intimé a maintenu son rejet des conclusions de l'assurée, y compris celles relatives aux mesures professionnelles.

Selon l'avis médical du 30 mai 2022 du SMR, les mesures d'instruction du recours n'amenaient pas de nouveaux éléments médicaux objectifs susceptibles de modifier son appréciation du cas, qui demeurait valable.

g. Par observations du 23 juin 2022, la recourante a estimé que, vu les différents avis médicaux dans le dossier, la seule solution, si la chambre de céans ne retenait pas une invalidité, serait le stage d'orientation et d'observation professionnelles pour jauger sa capacité réelle.

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 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4. Le présent litige porte sur la question du droit ou non de la recourante à une rente d'invalidité depuis le 1er octobre 2013 et/ou à des mesures professionnelles.

5. 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.

6.

6.1 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).

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

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

6.2

6.2.1 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

6.2.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.2.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

6.2.4 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie " Degré de gravité fonctionnel " (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

  A. Complexe " Atteinte à la santé " (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe " Personnalité " (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

  C. Complexe " Contexte social " (consid. 4.3.3)

- Catégorie " Cohérence " (aspects du comportement; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie " degré de gravité fonctionnel " forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

6.2.5 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient " résistantes à la thérapie "

(ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

6.2.6 Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l’existence d’un trouble spécifique de la personnalité. Ils

n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

6.3 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

6.4

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

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

6.4.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

6.4.3 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

6.5 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les

experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a

force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

7.

7.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

7.2 Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références;

9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

7.3 Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

7.4 En vertu de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

7.5 Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

L'art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que sont considérées comme un

reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain.

7.6 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

8.

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

8.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate

qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9.

9.1 En l'espèce, la question se pose en premier lieu de savoir si l'intimé a ou non respecté l'arrêt du 19 octobre 2017 (ATAS/934/2017 précité) de la chambre des assurances sociales qui avait annulé la décision du 16 juin 2017, octroyé à la recourante une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013 et renvoyé la cause à l'office pour la mise en œuvre d'un bilan neuropsychologique et, si sur la base de celui-ci une capacité de travail résiduelle paraissait probable, d'un stage d'observation professionnelle à titre de mesure d'instruction (afin d'établir concrètement quelle était la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail), ainsi que pour nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter d'octobre 2013.

L'intimé considère avoir respecté cet arrêt, au motif que la capacité de travail entière de l'intéressée dans toute activité attestée par les experts du Q_____ exclurait tout droit à des prestations de l'AI et rendrait dès lors inutile un stage d'observation professionnelle.

9.2 Il convient, notamment sous l'angle de la grille d'analyse comportant divers indicateurs développée par le Tribunal fédéral, d'examiner ci-après les valeurs probantes, constatations, appréciations et conclusions respectives du rapport d'expertise du Q_____ et des rapports des médecins traitants, en tenant en outre compte des autres mesures d'instruction qu'ont été le rapport d'examen neuropsychologique de M. L_____ du 6 mars 2018 ainsi que le rapport d'expertise du Dr N_____ du 24 janvier 2019 et son complément du 2 mai 2019.

9.3

9.3.1 Tout d'abord, ont été posés en "évaluation consensuelle" par les trois experts du Q_____ les diagnostics suivants : - majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0); - dysthymie (F34.1); - autres troubles anxieux mixtes (F41.3), l'expertisée présentant une symptomatologie d'anxiété généralisée et souffrant de divers phobies; - status après extirpation macroscopiquement totale d'un méningiome fronto-temporal gauche de grade II selon l'OMS, suivie d'une radiothérapie (2012); - malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie); - céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles. A été retenue par ces experts une capacité de travail à 100 % (à plein temps et avec plein rendement)

dans l'activité habituelle et une activité adaptée, ceci depuis la mise en arrêt de travail à l'exception de quelques semaines faisant suite à l'intervention sur le méningiome et la radiothérapie (*dies a quo* qui paraît contredire le dispositif de l'ATAS/934/2017 précité).

9.3.2 À cet égard, il est exact que, comme relevé par le Q_____, au plan psychiatrique et en synthèse, les plaintes de l'assurée et les atteintes à la santé diagnostiquées sont très proches dans les quatre expertises psychiatriques – des Drs I_____, K_____, N_____ ainsi que Q_____ (de 2013, 2017, 2019 et 2021). En particulier, les experts Drs I_____, K_____ et N_____ retiennent en substance, au lieu d'une dysthymie, un trouble ou épisode – prolongé – dépressif léger, de même que des symptômes d'ordre anxieux, avec notamment les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1; expert K_____) ou de personnalité avec traits anxieux et dépendants (expert N_____). Les – deux premiers – experts I_____ et K_____ ont retenu, toujours au plan psychiatrique, une capacité de travail entière dans toute activité, donc sans limitations fonctionnelles. Quant à l'expert N_____, il a dans un premier temps (le 24 janvier 2019) reconnu une capacité de travail de 50 % malgré l'inexistence de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, avant de retenir (le 2 mai 2019) une capacité entière tout en suggérant une observation extérieure.

De son côté, la Dresse F_____, psychiatre traitante, estime que la recourante souffre depuis 2012, sans interruption – même si une péjoration en 2018 est mentionnée –, d'un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques, ce à quoi s'ajoute une personnalité anxieuse généralisée (diagnostic) que l'assurée avait par nature mais qui s'est aggravée à cause de l'opération de 2012.

9.3.3 Au plan neurologique, le rapport d'expertise du Q_____ retient des malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie, ou un "mélange des deux"), de même que des céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles, l'expert neurologue évoquant parfois des migraines, dont la différence avec les céphalées tensionnelles ne paraît ici pas pertinente, étant donné notamment que ces affections sont toutes deux des "céphalées primaires" (cf. site internet du Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après: CHUV], https://www.chuv.ch/fr/neurologie/nlg-home/patients-et-familles/maladies-traitees/maux-de-tete-cephalees/).

Les céphalées, à tout le moins de tension, ont été évoquées, dès après l'opération contre le méningiome en 2012, par l'assurée elle-même ainsi que par le Dr C_____ (médecin généraliste traitant) puis par la Dresse F_____ et le Dr P_____ (actuel neurologue traitant) selon lequel les céphalées sont quasi quotidiennes, à la fois migraineuses et de tension, l'origine "de tension" étant plus importante que la migraineuse et venant certainement d'une anxiété importante et persistante.

Quant aux malaises, avec souvent pertes de connaissance, ils ont déjà été évoqués par l'employeur en juillet 2012, puis par le Dr J_____ et les HUG; lors de l'audience, la psychiatre traitante a évoqué des attaques de panique réelles, avec notamment la perte de ses moyens, pouvant alors entraîner une chute, non en raison d'une perte de connaissance mais en raison d'une perte de contrôle du centre de respiration dans le cerveau. À cet égard, on peut noter que l'expert N_____ semble avoir laissé ouverte la possibilité d'un lien entre les pertes de connaissance et un éventuel trouble panique. En outre, selon le neurologue traitant dans un rapport établi en 2019, les pertes de connaissance pourraient constituer des pseudo-crises dans un contexte de stress et d'anxiété. Le 3 septembre 2019, le SMR a considéré comme difficile de savoir si les malaises de l'intéressée, avec perte de connaissance, étaient attribuables à un trouble panique comme évoqué par le Dr N_____ ou à des pseudo-crises comme évoquées par le Dr P_____, ou ces deux causes. À cet égard, ne ressortent pas clairement de l'expertise du Q_____ les motifs qui ont conduit ses experts à ne pas retenir ou prendre en considération un éventuel trouble panique, cette question n'étant toutefois à elle seule pas suffisamment importante pour remettre en cause la valeur probante de ce rapport d'expertise; un éventuel trouble panique est néanmoins susceptible le cas échéant de faire l'objet d'investigations et appréciations complémentaires vu l'issue du présent arrêt.

9.3.4 Enfin, le premier thérapeute à faire état de difficultés de concentration a été de le Dr G_____ des HUG, pour le mois d'octobre 2012, donc relativement peu de temps après l'opération contre le méningiome et relativement peu de temps après la radiothérapie. L'expert I_____ a quant à lui noté quelques troubles attentionnels, notamment de la concentration ainsi que de la mémoire. La Dresse F_____ a de son côté insisté sur la présence d'une grande fatigue ainsi que d'un trouble sévère de la concentration et de la mémoire à court terme, alors que l'expert N_____ a considéré que ce trouble n'était pas patent. Le Dr J_____ a, à fin 2014, retenu des troubles sévères en mémoire antérograde verbale, des troubles modérés en mémoire visuo-spatiale et des troubles légers de certaines fonctions exécutives, avec une discrète amélioration de la mémoire verbale. Les experts du Q_____ n'ont pas nié l'existence d'une fatigabilité et de problèmes de concentration, mais ont estimé qu'ils pourraient être liés à la médication (dont certaines molécules ont des effets sédatifs). Le Dr P_____ n'a pas non plus nié une fatigue et une absence de concentration pour la recourante, sans que soit exclue à ce sujet une possible recherche, même inconsciente, de bénéfices secondaires, et a semblé lier les troubles de fatigabilité et de concentration à un état anxio-dépressif sous-jacent bien réel, pas encore stabilisé.

9.3.5 En définitive, au regard de ce qui précède, en l'état de l'examen de l'ensemble des rapports médicaux (y compris expertises), on ne voit pas ce qui pourrait confirmer les diagnostics posés par la Dresse F_____, ni ce qui permettrait de s'écarter de ceux énoncés par les experts du Q_____, en particulier

la dysthymie, les autres troubles anxieux mixtes, les malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie) ainsi que les céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles. On ne voit en revanche pas ce qui autorisait les experts du Q_____ à ne pas tenir compte de la fatigabilité – qui s'exprimerait notamment, selon l'anamnèse retranscrite par l'expert psychiatre, par une fatigue atteignant l'intensité de 7 à 8/10 dès le début de l'après-midi pendant 3 à 4 heures – et des problèmes de concentration, voire de mémoire, la question de leurs liens avec la médication de l'intéressée devant être examinée plus bas.

9.4

9.4.1 Les experts du Q_____ font état d'une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0), vu l'absence de substrat organique pour la symptomatologie mentionnée par les experts neurologue et neuropsychologue et la claire majoration des symptômes à l'examen neuropsychologique, de même que l'attitude histrionique (et plaintive) de l'assurée, des plaintes sans substrat organique, la fixation dans un rôle d'handicapée et le contexte d'une attente de compensation financière (recherche de bénéfices secondaires).

Une telle majoration des symptômes n'a pas été attestée par les Drs I_____, K_____ et N_____. Il est néanmoins relevé, dans ce contexte, que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié posé par les deux premiers experts a été abandonné à partir de l'expertise du Dr N_____, à mesure vraisemblablement qu'étaient évoquées des attaques de panique et une recherche de bénéfices secondaires (d'après l'expertise du Dr N_____) ou une problématique de majoration de symptômes ainsi que des malaises et céphalées (selon l'expertise du Q_____).

Cela étant, rien ne permet d'écarter la majoration des symptômes, consciente ou inconsciente, telle que retenue par le Q_____ sur la base de constatations et appréciations circonstanciées.

Aucun élément ne permet non plus de s'écarter de la conclusion du Q_____ retenant un défaut de validité des résultats de l'examen neuropsychologique en raison de l'existence d'incohérences dans les réponses aux tests ainsi que d'un défaut d'effort, conclusion qui repose sur des constatations expliquées et qui correspond du reste à celle à laquelle le neuropsychologue L_____ est déjà parvenu.

Une majoration des symptômes dans la vie quotidienne, lors des entretiens avec les experts neurologue et psychiatre, comme lors de l'examen neuropsychologique, apparaît d'autant plus vraisemblable que le Dr P_____, neurologue traitant, entendu en audience, a lui-même admis ne pas pouvoir exclure une recherche, consciente ou même inconsciente, de bénéfices secondaires dans la fatigue et l'absence de concentration de la patiente, ce qui n'empêche pas, selon lui et dans l'hypothèse d'une recherche inconsciente, qu'il y a bien un état

anxio-dépressif sous-jacent réel, pas encore stabilisé, à confirmer par un psychiatre.

9.4.2 Apparaît toutefois problématique ce qui suit, dans les circonstances du présent cas et au regard de la grille d'analyse pour les troubles psychiques développée par le Tribunal fédéral : la majoration des symptômes et l'impossibilité de tirer des conclusions de l'examen neuropsychologique apparaissent être les seuls motifs significatifs qui permettent aux experts du Q_____ de conclure à l'absence complète de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail, au motif, s'agissant de l'examen neuropsychologique, que l'existence d'incohérences dans les réponses aux tests ainsi qu'un défaut d'effort rendraient toute interprétation objective impossible. En outre, lesdits experts ne cherchent pas à déterminer quelle part d'atteinte à la santé, le cas échéant incapacitante, resterait malgré la recherche de bénéfices secondaires de la recourante, à laquelle une simulation complète n'est pas reprochée et qui a au contraire correctement collaboré avec l'expert psychiatre du Q_____ selon ce que ce dernier a rapporté. Or, vu les considérants qui suivent, ces deux motifs, s'ils permettent certes de considérer que les atteintes à la santé et leurs conséquences ne sont de loin pas aussi graves que telles qu'annoncées par l'intéressée, sont néanmoins à eux seuls insuffisants pour exclure entièrement l'existence, pour une part restante, d'éventuelles limitations fonctionnelles, d'une diminution de rendement ou d'une incapacité de travail.

9.4.3 Or, pour ce qui est de la cohérence des plaintes et limitations fonctionnelles par rapport aux activités de l'assurée dans tous les aspects de sa vie (cf. à ce sujet ATF 141 V 281 consid. 4.4), les experts du Q_____ considèrent que la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, l'atteinte est uniforme dans tous les domaines de la vie selon les descriptions de l'intéressée, et son adhérence médicamenteuse est bonne. Dans le même sens, selon l'expert neurologue, les troubles sont cohérents et plausibles; cependant, d'après ce même expert, leur nature ainsi que leur importance exactes ne peuvent pas être déterminées clairement compte tenu d'une incertitude importante sur le plan anamnestique. En définitive, si l'on ne tient pas compte de la majoration des symptômes ainsi que de petites incohérences – ou incohérences de détail – de la part de l'intéressée relevées par ces experts, relatives en particulier à ses tentatives ou volontés de suicide ou non et à la fréquence de ses consultations auprès de la psychiatre traitante, il paraît y avoir une cohérence des plaintes et limitations fonctionnelles de l'assurée par rapport à ses activités dans tous les domaines de sa vie, notamment aux plans social et familial. On peut à cet égard relever que le fait que, selon l'expertise du Q_____ ainsi que le témoignage de la Dresse F_____, l'assurée ne peut pratiquement plus accomplir des tâches ménagères, alors qu'elle le pouvait encore selon l'expertise du Dr N_____, semble dénoter, depuis fin 2018-début 2019, une aggravation de son état de santé au plan psychique.

Cette cohérence de la part de la recourante, qui fait en outre partie d'une des deux catégories d'indicateurs de la grille d'analyse pour les troubles psychiques développée par le Tribunal fédéral, rend d'autant plus insuffisants les seuls éléments défavorables aux conclusions du recours de l'intéressée que sont la majoration des symptômes et l'impossibilité de tirer des conclusions de l'examen neuropsychologique.

9.4.4 Va dans le même sens le fait que les diagnostics retenus par les experts du Q_____, en particulier la dysthymie, les autres troubles anxieux mixtes, les malaises d'origine indéterminée (épilepsie versus pseudo-épilepsie) ainsi que les céphalées mixtes vasomotrices et tensionnelles, auxquels pourraient être ajoutés le cas échéant la fatigabilité et les problèmes de concentration, voire de mémoire, n'excluent pas une incapacité de travail ou des limitations fonctionnelles ou de rendement, même si chaque diagnostic est en tout état de cause à lui seul insuffisant pour entraîner de tels effets.

En effet, selon le Tribunal fédéral, une dysthymie est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281, procédure qui apparaît précisément avoir été suivie de manière insuffisante par les experts du Q_____ comme exposé ci-dessus.

9.4.5 Au surplus, toujours selon le Q_____, la fatigabilité et les problèmes de concentration pourraient être liés à la médication (deux – ou trois – molécules de type benzodiazépines, un neuroleptique et un antidépresseur connus pour ses effets sédatifs), hypothèse qui est du reste aussi possible pour les Drs J_____ et P_____, neurologues FMH, et M. L_____. Ceci pourrait valoir aussi pour les réponses fournies par l'intéressée lors de l'examen neuropsychologique, la Dresse F_____ ayant relevé que la patiente avait pris avant cet examen deux à trois comprimés de Temesta qui l'auraient ralentie dans ses facultés et empêchée de répondre correctement. En outre, il est incontesté par les experts et médecins que l'assurée est parfaitement compliante au traitement, y compris médicamenteux, qui lui est prescrit par sa psychiatre et son neurologue traitants.

Plus précisément, il ressort du rapport d'expertise du Q_____, des déclarations en audience de la Dresse F_____ et de la liste produite en audience par la recourante que cette dernière prend, à tout le moins depuis fin 2020, les médicaments suivants : - prescrits par la psychiatre traitante : Saroten (Amitriptyline) 25 mg 2 fois par jour (matin et soir), les benzodiazépines Dormicum 15 mg (le soir), Temesta Expidet (Lorazepamum) 3 fois 1mg par jour plus 2 comprimés en réserve et Xanax 2 fois 1 mg par jour (matin et soir), le neuroleptique Aripiprazole (Abilify) 5 mg (le soir), Nexium 2 fois 40 mg par jour (matin et soir), Symfona (médicament phytothérapeutique) 240 mg (le matin); - prescrits par le neurologue traitant : l'antiépileptique Lamictal (Lamotrigine)

100 mg matin et soir, et l'anti-migraines Aimovig 140 mg/ml par une injonction 1 fois par mois. D'après les rapports des 18 décembre 2018, respectivement 22 janvier et 5 mars 2019 du Dr P_____, l'état de trémulation et d'agitation de la patiente était probablement lié à la prise intempestive de benzodiazépines, en particulier Temesta, alors que le Saroten était selon lui une bonne chose pour réduire sa céphalée de tension; lors de l'audience, ce neurologue traitant a estimé que le Xanax, le Dormicum et le Temesta (benzodiazépines) ainsi que l'Aripiprazole (neuroleptique) peuvent ralentir le fonctionnement global de la patiente. Dans le cadre de l'expertise du Q_____, le bien-fondé du traitement prescrit par le neurologue traitant a été admis par l'expert neurologue. En revanche, alors que l'expert N_____ a jugé préférable dans la règle un seul benzodiazépine et énoncé d'autres propositions thérapeutiques, tout en considérant plus loin dans son rapport d'expertise que l'expertisée avait toujours bénéficié d'une prise en charge réalisée dans les règles de l'art, l'expert psychiatre du Q_____ a recommandé un sevrage des benzodiazépines, un arrêt du neuroleptique ainsi qu'un remplacement du Saroten, vu son effet sédatif important, par un autre antidépresseur à visée anxiolytique, par exemple la Sertraline ou la Venlafaxine voire le Cymbalta, traitements qu'il considère comme exigibles.

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références).

En l'occurrence, alors que la justification des médicaments choisis par le Dr P_____ pour traiter les problèmes de l'intéressée au plan neurologique est incontestée, la question se pose sérieusement de savoir si tous les médicaments prescrits par la Dresse F_____ sont ou non nécessaires et adéquats pour soigner les atteintes à la santé psychique de la recourante. Si tel était le cas et si l'on retenait que sans les médicaments prescrits par la psychiatre traitante, l'état de santé psychique de l'assurée serait plus gravement atteint, avec notamment un épisode dépressif plus sévère, on ne verrait pas ce qui pourrait empêcher ou réduire la fatigabilité et le trouble de la concentration, voire éventuellement aussi de mémoire, de l'assurée. Or le caractère en partie incapacitant ou limitant, à tout le moins en termes de rendement, de ces deux problèmes ne saurait être en l'état nié; en effet, sur la base du présent dossier, ces deux problèmes paraissent être d'une intensité non négligeable. C'est du reste ce que l'assurée, par son avocate, a invoqué dans son écriture du 16 août 2019, soit après l'expertise du Dr N_____ et avant celle du Q_____, en faisant valoir ce qui suit : si, comme supposé, c'était les médicaments prescrits qui étaient à l'origine des troubles "décriés", on ne

pourrait pas expressément ou tacitement approuver la médication prescrite, tout en dénonçant les effets secondaires, et en même temps lui laisser assumer les conséquences que serait l'incapacité de travail. Il sied enfin de relever que les symptômes psychotiques retenus par la psychiatre traitante, non comme au titre d'un diagnostic indépendant mais en lien avec un trouble dépressif récurrent sévère, ne sont confirmés par aucun autre élément du dossier, si ce n'est les déclarations de la recourante, et qu'ils sembleraient en tout état de cause, s'ils étaient établis, se trouver à l'arrière-plan des atteintes à la santé de celle-ci, de sorte que la question de la nécessité et de l'adéquation de l'antipsychotique (enroleptique) prescrit se pose sérieusement.

Ces éléments conduisent effectivement à s'interroger sérieusement sur la nécessité et l'adéquation des médicaments – tous ou certains – prescrits par la psychiatre traitante, qui semblent avoir pour une part des effets négatifs sur les facultés de l'assurée, sans qu'il soit exclu à ce stade que cette médication soit conforme aux règles de l'art, nécessaire et adéquate. Ce problème rend d'autant plus difficile à déterminer si, avec un traitement réellement nécessaire et adéquat, elle a ou non une capacité de travail et si elle est ou non entravée par d'éventuelles limitations fonctionnelles ou dans son rendement, vu notamment ses problèmes de fatigabilité et de concentration, voire aussi de mémoire. Cette situation d'interrogations et d'incertitudes ne permet pas en l'état de trancher de manière claire les questions centrales que sont la capacité ou de travail et les éventuelles limitations fonctionnelles ou de rendement.

9.5 En résumé (synthèse), la recourante a certes, dans le cadre de l'expertise du Q_____ – comme à d'autres occasions –, consciemment ou inconsciemment, majoré ses symptômes et fait preuve d'un défaut d'effort à l'examen neurologique empêchant de tirer des conclusions de ce dernier. Cependant, au regard notamment de la cohérence des plaintes et limitations fonctionnelles par rapport aux activités de l'assurée dans tous les aspects de sa vie (cf. à ce sujet ATF 141 V 281 consid. 4.4) ainsi que des diagnostics posés et des incertitudes quant au bien-fondé de la médication prescrite par la psychiatre traitante, c'est sur la base d'une appréciation insuffisante, y compris sous l'angle de la grille d'analyse pour les troubles psychiques développée par le Tribunal fédéral, que les experts du Q_____ ont exclu une quelconque incapacité de travail ainsi que d'éventuelles limitations fonctionnelles ou de rendement.

Il est vrai que, vu les circonstances et la complexité du cas au plan médical, il pouvait être difficile pour les experts du Q_____ de se prononcer clairement sur la question de la capacité ou incapacité de travail ainsi que celle de l'existence ou d'éventuelles limitations fonctionnelles ou de rendement. Semble témoigner de cette difficulté le revirement de l'expert N_____ qui a dans un premier temps (le 24 janvier 2019) reconnu une capacité de travail de 50 % en dépit de l'inexistence selon lui de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, avant de retenir (le 2 mai 2019) une capacité entière tout en suggérant une observation

extérieure. Toutefois, cette difficulté n'autorisait pas les experts du Q_____ à exclure sur une base insuffisante une incapacité de travail ainsi que des limitations fonctionnelles ou de rendement.

9.6 En l'état actuel du dossier, il est impossible pour la chambre de céans de trancher la question de la capacité ou incapacité de travail ainsi que celle de l'existence ou d'éventuelles limitations fonctionnelles ou de rendement.

On se trouve ici dans la situation où les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde toute sa valeur probante (cf. jurisprudence du Tribunal fédéral citée plus haut). Le rapport d'expertise du Q_____ repose en effet sur un examen et une appréciation insuffisants quant aux conclusions à tirer des constatations effectuées et des diagnostics posés, constatations et diagnostics qui semblent corrects sous réserve des éventuelles attaques – voire trouble – de panique.

Il y a lieu à cet égard de s'interroger, encore, sérieusement sur la compatibilité entre d'une part les limitations fonctionnelles, retenues par le Q_____ (en particulier l'expert neurologue), que sont l'évitement d'une activité en hauteur et à proximité d'un engin à risque (ou dangereux) de blessures en cas de perte de connaissance, et d'autre part l'activité habituelle d'aide-hospitalière ou aide-stérilisatrice.

9.7 Vu ce qui précède, et compte tenu notamment de la possibilité d'une capacité de travail résiduelle mais qui ne peut pas d'emblée et forcément être considérée comme entière dans l'activité habituelle et/ou une activité adaptée, c'est en violation du dispositif et des considérants de l'ATAS/934/2017 précité que l'intimé n'a pas mis en œuvre un stage d'observation professionnelle avant de rendre la décision querellée.

9.8 De surcroît, pour les motifs qui précèdent, en l'état actuel du dossier, l'office ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour réviser, en application par analogie de l'art. 17 LPGA (cf. à ce sujet notamment ATF 125 V 413; arrêts du Tribunal fédéral 9C_829/2017 du 31 janvier 2018 et 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1, non publié in ATF 137 V 369 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 9 ad art. 17 LPGA), le droit à la rente de l'assurée en défaveur de cette dernière par rapport à l'octroi d'une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013 par la chambre de céans dans son ATAS/934/2017 précité.

9.9

9.9.1 Il n'est pas fréquent qu'un stage d'observation professionnelle, voire d'orientation professionnelle comme demandé aussi par la recourante, soit ordonné par la chambre des assurances sociales. Notamment, dans un cas relativement ancien, celle-ci a ordonné la mise en place d’une mesure d’aide au placement avec stage d’observation du recourant, invité l’intimé à mettre en

œuvre cette mesure dès que le mandataire du recourant l'en avertirait, et suspendu la procédure dans l'attente du sort de la mesure d'aide au placement, étant précisé que cet arrêt incident faisait suite à une audience (ATAS/682/2008 du 3 juin 2008) et qu'au vu de la mise en place avec succès de mesures d'orientation professionnelle et de la communication de l'office du 1er décembre 2008 octroyant des mesures d'orientation professionnelle, le recours est devenu sans objet au fond et la cause a été rayée du rôle (ATAS/1060/2009 du 1er septembre 2009). En outre, dans un cas où les constatations médicales des médecins du SMR n'étaient pas contestées mais uniquement l'appréciation que ceux-ci avaient faite de la capacité résiduelle de travail du recourant, la chambre de céans a jugé judicieux, au vu du nombre important de limitations reconnues, de mettre sur pied une observation professionnelle qui aurait pour but de déterminer plus concrètement quelle activité pourrait convenir au recourant mais aussi d'évaluer la motivation de ce dernier et, ce faisant, de vérifier si les conditions subjectives nécessaires à l'octroi d'une mesure de reclassement étaient réunies; elle a en effet considéré que, sur ce point, les faits n'étaient pas suffisamment élucidés, raison pour laquelle elle adhérait à la proposition de l'intimé de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction (ATAS/313/2011 du 24 mars 2011).

9.9.2 Dans le cas présent, dans la mesure notamment où l'OAI conclut uniquement au rejet du recours sans ouverture pour de quelconques mesures d'instruction complémentaire, il se justifie d'annuler sa décision querellée et de lui renvoyer la cause pour mise en œuvre d'un stage d'observation et d'orientation professionnelles au titre de mesure d'instruction, comme le demande la recourante selon laquelle un tel stage aurait le mérite de l'éclairer sur les réelles possibilités de travail et d'emploi et de jauger ainsi sa capacité de travail réelle, et surtout conformément à l'ATAS/934/2017 précité afin d'établir concrètement quelle était la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail.

Dans le cadre de cette mesure d'ordre professionnel, le comportement de l'intéressée sera particulièrement important, celle-ci étant d'ores et déjà rendue attentive au fait que sa motivation et ses efforts dans les tâches à accomplir auront une importance particulière dans l'appréciation du cas et la fixation de ses droits au fond.

Il sied de préciser qu'en l'état actuel du dossier, l'octroi de mesures professionnelles même au fond ne pourrait pas être d'emblée exclu. En effet, si par hypothèse on procédait, sur la base d'un examen et d'un calcul très sommaires, à une comparaison des revenus de la recourante sans ou avec invalidité (art. 16 LPGA) au moment où la décision attaquée a été rendue, soit en 2021, on pourrait trouver, sous réserve de vérifications et compléments ultérieurs, trouver, comme revenu annuel sans invalidité, la somme de CHF 58'500.- (CHF 4'500.- x 13, pour 40 heures par semaine) auquel devrait s'ajouter de nombreuses indexations annuelles, et comme revenu annuel avec invalidité de CHF 53'493.-, si l'on retenait le niveau de compétence 1 (tâches physiques et manuelles simples) selon

l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) 2020 (table ESS TA1), soit CHF 4'276.- par mois pour une femme sous "total" pour 40 heures de travail par semaine, multiplié par 12 puis ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41,7 heures). Même sur la base d'un tel calcul plutôt défavorable à la position de l'intéressée car ne tenant pas compte du nettement plus grand nombre d'indexations annuelles pour le revenu sans invalidité, on obtiendrait un taux d'invalidité d'environ 8,5 %, sans compter un éventuel abattement pouvant aller jusqu'à 25 % selon la jurisprudence. Si on appliquait par exemple un abattement de 15 % au revenu annuel de CHF 53'493.-, on obtiendrait un degré d'invalidité d'un peu plus de 22 %, légèrement supérieur au taux de perte de gain de 20% environ qui ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 2 et les références), la question restant ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

Préalablement, avant le début de la mise en œuvre du stage d'observation et d'orientation professionnelles (au titre de mesure d'instruction), il conviendra que l'office invite l'assurée à se soumettre à une évaluation pluridisciplinaire, si possible par un hôpital public tel que les HUG ou le CHUV, visant à évaluer la nécessité et l'adéquation du traitement qui lui est prodigué par ses médecins traitants actuels, en particulier aux plans neurologique et surtout psychiatrique, à vérifier si une réduction du traitement médicamenteux actuel ou un changement pour des médicaments plus efficaces et avec moins d'effets secondaires se justifieraient ou non, et à effectuer toutes propositions pertinentes.

10. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction – complémentaire – sous forme d'évaluation du traitement, notamment médicamenteux, de la recourante par une équipe médicale pluridisciplinaire comme exposé plus haut, puis sous forme d'un stage d'observation et d'orientation professionnelles, et enfin nouvelle décision.

D'autres mesures d'instruction, quelles qu'elles soient, ne sont en l'état pas exclues si elles devaient se justifier.

La nouvelle décision à rendre pourra le cas échéant prendre en considération également l'état de fait tel qu'ayant évolué jusqu'à son prononcé, si cela est possible.

11.

11.1 La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens – légèrement réduits – qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA).

11.2 La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 400.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 16 mars 2021.
4. Renvoie la cause pour instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 3'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 400.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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