RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2158/2021 **ATAS/681/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 août 2022

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PERLY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA	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.** Le 10 septembre 2019, Madame A_____ (ci-après: l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1963, célibataire, de profession employée de commerce spécialisée en gestion et en informatique, exerçant une activité lucrative indépendante en tant que titulaire de l'entreprise individuelle B_____, sise à la même adresse que son domicile privé dans le canton de Genève et ayant pour but des activités de gestion et d'informatique pour des entreprises privées et publiques, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), à savoir mesures professionnelles et/ou rente.

Était indiquée une incapacité de travail de 100 % du 23 mars au 14 mai 2019, de 85 % du 15 mai au 23 juin 2019, de 70 % du 24 juin au 12 juillet 2019 et de 50 % depuis le 13 juillet 2019 – comme retenu par la doctoresse C_____, médecin traitante depuis janvier 2015 et spécialiste FMH en médecine interne générale. Les atteintes à la santé, existant depuis le 23 mars 2019, consistaient en : "Malaise sans perte de connaissance. Cause physique selon les neurologues; pas d'explications à ce jour. Maux divers sur tout le corps dont la colonne vertébrale du sacrum jusqu'à la nuque. Pertes de sensibilité fréquentes. Epuisement physique (et moral)".

Il est précisé que, selon un rapport du 23 mars 2019 de l'Hôpital Riviera-Chablais émanant du docteur D_____, est survenue le même jour une sorte de "malaise" avec fourmillements du membre supérieur droit se diffusant au membre inférieur droit et abaissement de la vision binoculaire, alors que l'intéressée conduisait une voiture.

b. En parallèle, ces atteintes à la santé ont également été annoncée à l'assurance-maladie d'indemnités journalières de l'assurée, I_____, à l'intention de laquelle la doctoresse E_____, neurologue FMH (spécialisée en électro-encéphalographie), la Dresse C_____ et le docteur F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, ont établi des rapports les 12 juin, 23 juillet, respectivement 1er août 2019. Il est précisé que la Dresse E_____ diagnostiquait "malaise sans perte de connaissance : D/D – Migraine basilaire versus origine non organique (anxiété)", et se rapportait à l'appréciation de la Dresse C_____ concernant l'incapacité de travail. La médecin traitante a quant à elle encore adressé à I_____ des rapports les 3 mars et 18 septembre 2020.

À la demande de I_____ a été établi le 24 février 2020 un "assessment" en neurologie par G_____, plus précisément le docteur H_____, neurologue FMH, rapport qui faisait suite à un examen de l'intéressée le 9 septembre 2019 et dont il ressort que celle-ci ne s'était pas présentée aux examens agendés pour l'"assessment psychiatrique", lequel n'avait pas pu être exécuté. À teneur de cet "assessment" neurologique, l'assurée souffrait de "troubles dégénératifs cervicaux", le diagnostic de "migraine basilaire" – évoqué par la médecin traitante

– étant quant à lui peu crédible; il n'y avait pas de limitations – fonctionnelles – pour toutes les activités exercées en activité debout; avec une adaptation du poste de travail, la capacité de travail de l'assurée dans l'activité exercée jusqu'ici était de 90 % (temps de présence de 8h25 par jour avec réduction de rendement de 10 % compte tenu des éventuels changements de position nécessaires à la suite du maintien d'une position assise); dans une activité adaptée, respectant le profil d'effort (position debout), la capacité de travail était de 100 %.

Également à la demande de I_____ a été établi le 31 août 2020 un "assessment" en psychiatrie par G_____, plus précisément le docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, rapport qui faisait suite à un examen clinique de l'intéressée le 21 août précédent, ne retrouvait, comme diagnostic, aucun trouble psychiatrique caractérisé et ne retenait aucune incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique.

c. Entre octobre 2019 et janvier 2020, plusieurs examens, notamment d'imagerie médicale, ont été effectués par divers médecins aux plans cervical, lombaire et de l'épaule droite, auxquels s'ajoutait un examen électroneuromyographique selon rapport du 22 novembre 2019 du docteur K_____, neurologue FMH.

d. De son côté, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI, l'office ou l'intimé) a recueilli plusieurs renseignements d'ordre médical, dont le dossier de I_____, de même qu'un rapport du 26 mai 2020 de la doctoresse L_____, spécialiste FMH médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine du sport (SSMS), adressé à la médecin traitante.

Notamment, dans un rapport adressé à l'OAI le 24 septembre 2019, le Dr F_____ a diagnostiqué un trouble panique (F41.0) qui laissait, d'un point de vue strictement psychiatrique, une capacité de travail de 50 % dans toute activité, les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte psychiatrique étant la "distractibilité" et la "fatigabilité".

Dans un rapport du 4 décembre 2019 destiné à l'office, la Dresse C_____ a fait état des périodes d'incapacité de travail suivantes (en plus de celles indiquées dans la demande AI) : de 50 % du 13 juillet au 16 septembre 2019, de 60 % du 17 septembre au 29 octobre 2019 et de 50 % du 30 octobre 2019 jusqu'à la date de ce rapport; il y avait incapacité de travail en cas de position assise durant plus de 4 heures; les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail étaient : "migraines basilaires – diagnostic juin 2019" ; "protrusion discale postérieure culminant à droite de C4 à D1 avec confit probable avec la racine D1D (IRM du 2 octobre 2019)" ; "protrusion discale foraminale [gauche] en L3-L4 avec conflit avec la racine L3 (IRM du 31 octobre 2019"; les limitations fonctionnelles étaient: fatigabilité, "aggravation des douleurs cervicales, lombaires après un certain temps passé en position assise", "et selon le niveau de stress déclenchement de migraines basilaires".

Dans un rapport du 21 juin 2020 adressé à l'OAI, la Dresse C_____ a ajouté aux diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail qu'elle avait retenus le 4 décembre 2020, ceux qui suivent : "début de tunnel carpien à [droite] (ENMG du 22 novembre 2019)"; "tendinopathie fissuraire interstitielle du tendon sus-épineux [droit] et enthésopathie microcalcifiante inflammatoire (US épaule [droite] du 24 janvier 2020)"; depuis le rapport du 2 (recte: 4) décembre 2019, la capacité de travail de la patiente avait été, dans une activité adaptée à son état de santé, de 50 % jusqu'au 21 avril 2020, puis de 60 % dès le 22 avril 2020 et de 70 % ("par période fractionnée de temps en position assise") à partir du 3 juin 2020.

e. Par rapport du 9 mars 2021, le service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a retenu, comme atteinte principale, des cervicalgies sur troubles dégénératifs cervicaux, et, comme autres atteintes, des lombalgies sur protrusions discales. La tendinopathie de l'épaule droite, apparue en début 2020, n'avait quant à elle pas été durablement incapacitante, vu l'évolution très favorable relevée par la Dresse L_____ le 25 mai 2020. La capacité de travail avait été nulle dès le 23 mars 2019, de 15 % dès le 15 mai 2019, de 30 % dès le 24 juin 2019, de 50 % dès le 13 juillet 2019, de 40 % dès le 17 septembre 2019, de 50 % dès le 30 octobre 2019 (capacité de travail nulle, dans toute activité, du 23 mars 2019 au 23 février 2020 d'après les conclusions subséquentes de ce même rapport du SMR), et entière dès le 24 février 2020, avec depuis lors une baisse de rendement de 10 % dans l'activité habituelle de comptable indépendante, mais sans baisse de rendement dans une activité adaptée. Était soulignée la nécessité d'adapter ergonomiquement le poste de travail comme préconisé par l'expert H_____. Les limitations fonctionnelles étaient : éviter le port de charges lourdes, les positions du dos en porte-à-faux, les mouvements de flexion, rotation, inclinaison du rachis cervical; permettre les changements de position à volonté; adaptation ergonomique du poste de travail (siège adapté, écran à hauteur des yeux, dos droit, etc.).

B. **a.** Par projet de décision du 30 mars 2021, l'OAI a envisagé de rejeter la demande de mesures professionnelles et de rente.

b. Par écrit du 20 avril 2021, complété le 18 mai 2021, l'assurée a formé opposition contre ce projet de décision, alléguant notamment des démarches juridiques actuellement en cours pour une contre-expertise à l'encontre de l'expertise établie à la demande de I_____, avec examens complémentaires à effectuer, le rapport médical devant être disponible ultérieurement.

Étaient notamment produites des prescriptions de physiothérapie signées par la Dresse L_____ les 4 février 2020 (en raison d'une "cervico-brachialgie droite sur problématique de tendinopathie microcalcifiante sus épineux actuellement inflammatoire") et 1er décembre 2020 (en raison d'une "limitation fonctionnelle douloureuse épaule droite avec racc et contracture petit pectoral et insuffisance stabilisateurs omoplate") ainsi que 19 février 2021 (en raison d'une "limitation

fonctionnelle douloureuse épaule droite persistance insuffisance stabilisateurs omoplate et dysfonction rythme scapulo huméral").

c. Par décision du 25 mai 2021, l'office a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente.

En effet, sur la base des éléments en sa possession, il reconnaissait une incapacité totale de travail dans toute activité à partir du 23 mars 2019 à l'assurée, dont le statut était celui d'une personne indépendante travaillant à plein temps. Toutefois, dès le 24 février 2020, la capacité de travail de celle-ci était à nouveau entière, avec une baisse de rendement de 10 % dans l'activité habituelle mais sans baisse de rendement dans une activité adaptée. Une incapacité de travail de moins d'un an n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'intéressée.

À la suite de l'"audition écrite" (l'opposition), il était relevé que les documents produits avec l'opposition figuraient déjà au dossier et avaient déjà été pris en compte lors de l'analyse de la situation, et seule la contre-expertise n'était actuellement pas disponible. Conformément à la loi, l'OAI ne pouvait pas prolonger le délai afin d'attendre de nouveaux documents. En définitive, les conclusions de l'office étaient maintenues, car aucun élément probant n'était actuellement susceptible de modifier son appréciation.

C. **a.** Par acte déposé le 24 juin 2021 au greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant, avec suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, au fond, à l'annulation de la décision querellée et principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, avec en particulier mise en place d'une expertise médicale confiée à des spécialistes neutres et indépendants, choisis par consensus, puis nouvelle décision.

Comme nouvelle pièce était produit un rapport du 23 juin 2021 de la Dresse L_____. Selon cette dernière, en juin 2021, l'évolution au niveau de l'épaule droite avait été plutôt favorable; la composante de cervicalgie était passée au premier plan, justifiant la réalisation par le docteur M_____, radiologue FMH, d'une IRM de la colonne cervicale le 10 (recte: 9) juin 2021, laquelle était annexée. Selon la Dresse L_____, les problématiques musculo-squelettiques et neurologiques qu'elle avait mentionnées entravaient une reprise à plein temps de l'activité professionnelle, et, de fait, la patiente ne parvenait pas à exercer son activité de comptable à un taux supérieur à 50 %.

b. Par réponse du 27 juillet 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base notamment d'un avis du 20 juillet 2021 du SMR, qui relevait une évolution favorable de la tendinopathie à l'épaule droite et une absence d'aggravation de

l'atteinte cervicale, et qu'au plan cervical, l'IRM du 9 juin 2021 était superposable à celle du 2 octobre 2019, de sorte que la Dresse L_____ faisait une appréciation différente d'un même état de fait.

c. Par réplique du 15 octobre 2021 – transmise pour information à l'office le 18 octobre suivant –, la recourante a persisté intégralement dans les termes et conclusions de son recours.

Elle précisait s'être "soumise à une évaluation auprès d'experts neutres", comme cela ressortait de trois nouveaux rapports médicaux, des docteurs N_____, O_____ et C_____, produits avec cette dernière écriture.

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.

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

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

2.2 Par ailleurs, 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, du 25 mai 2021, a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables sont celle en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et seront citées dans leur ancienne teneur (ci-après : aLAI lorsque la disposition en question a été modifiée).

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. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. Le présent litige porte sur la question du droit éventuel de la recourante à des prestations de l'AI (mesures professionnelles et/ou rente d'invalidité), à compter du 23 mars 2019 et sur la base de l'état de fait existant jusqu'à la date de la décision querellée, donc au 25 mai 2021.

6.

6.1 Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Conformément à 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 sa 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).

À teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

6.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale, abrogé au 1er janvier 2022 (aLAI), prescrit que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

7.

7.1 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).

7.2 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. À 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).

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

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une

expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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).

7.4 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).

8.

8.1 En l'espèce, il apparaît que les médecins qui ont examiné l'assurée jusque dans les mois qui ont suivi le malaise survenu le 23 mars 2019 ont peiné à donner des explications, causes et diagnostics aux symptômes qui sont fait suite à cet événement.

Lesdits symptômes et leur évolution jusqu'au prononcé de la décision querellée le 25 mai 2021 peuvent être décrits de la manière suivante. Dans un premier temps, il y a eu : épisodes de fourmillements (au niveau de la main droite ou gauche, surtout pendant la nuit) et céphalées (à l'hémicrâne droit) selon la Dresse E_____ (notamment rapport du 12 juin 2019), symptômes dont l'existence ne paraît plus évoquée après 2019 ; en parallèle, fatigue importante en mars 2019 ayant précédé cet événement, stress en raison de la survenance dudit événement, cervicalgies et lombalgies dès le 23 mars 2019, avec péjoration des douleurs et ajout de douleurs à l'épaule droite en début 2020, fatigue persistante mais en amélioration progressive, d'après la médecin traitante (notamment rapports des 4 décembre 2019 et 3 mars 2020); tendinopathie à l'épaule droite en début 2020 (rapport d'Écho-Doppler du 24 janvier 2020). Les symptômes d'ordre psychique, en particulier avec du stress et une certaine forme d'anxiété, apparus à la suite de l'événement du 23 mars 2020, se sont résorbés à tout le moins durant le premier semestre 2020, et les migraines ont beaucoup diminué à partir à tout le moins de la fin 2019, ce qui découle notamment de l'absence de rapports du Dr F_____ en 2020, du rapport de la Dresse C_____ du 21 juin 2020, ainsi que de l'"assessment" psychiatrique du 31 août 2020. Durant le premier semestre 2020, il y a eu une amélioration des symptômes d'ordre somatique, notamment grâce à la physiothérapie; il y avait toutefois, à teneur du rapport de la médecin traitante du 21 juin 2020, une persistance d'une fatigabilité physique lors de la position assise prolongée, avec déclenchement et/ou aggravation des cervicalgies, douleurs de l'épaule et lombalgies. À cet égard, selon le rapport de la Dresse L_____ du 26 mai 2020, la patiente présentait, depuis le mois d'octobre 2019, des cervico-brachialgies droites, exacerbées par tous les mouvements et associées à des fourmillements de la face interne du bras, en plus des problèmes à l'épaule droite, l'examen neurologique étant dans la norme d'après cette médecin. Le 18 septembre 2020, la Dresse C_____ a noté le caractère limitant de la position assise, ainsi qu'une péjoration des douleurs aux niveaux cervical, lombaire et de l'épaule droite; d'après la médecin traitante, le pronostic était néanmoins lentement favorable grâce à la physiothérapie et l'activité actuelle était "encore tolérable du point de vue médical" à "80 % actuellement". Il sied de relever ici que la

"distractibilité" et les troubles de concentration notés en été 2019 par les Drs F_____ et B_____ paraissent ne plus avoir été mentionnés dès l'automne 2019 ou alors éventuellement seulement dans une moindre mesure.

Les taux et périodes d'incapacité de travail indiqués par la Dresse C_____ apparaissent dans l'ensemble refléter, avec cohérence, l'évolution des symptômes de l'assurée telle que décrite ci-dessus qui est considérée comme lentement favorable par les médecins ayant suivi l'intéressée, avec notamment une capacité de travail dans une activité adaptée de 60 % dès le 22 avril 2020 et de 70 % ("par période fractionnée de temps en position assise") à partir du 3 juin 2020, voire éventuellement, suivant la compréhension/interprétation du rapport du 18 septembre 2019, de 80 % à cette dernière date. Il ne ressort pas du dossier que la médecin traitante aurait encore, ultérieurement et jusqu'à son rapport du 23 juillet 2021, modifié la fixation du degré de capacité de travail de sa patiente.

8.2 Une difficulté importante de poser des diagnostics et de fournir une explication médicale auxdits symptômes ressort notamment des rapports des trois seuls neurologues ayant jusqu'à présent examiné la recourante, à savoir la Dresse E_____ (en 2019), le Dr K_____ (examen électroneuromyographique 22 novembre 2019) et le Dr H_____ ("assessment" du 24 février 2020). Selon un rapport de la première du 14 juin 2019, une explication possible des symptômes pouvait consister en des migraines basilaires, mais cette spécialiste avait "l'impression d'un état anxieux chez la patiente, donc une relation des symptômes avec le stress [était] également probable". Quant aux conclusions auxquelles parvient le Dr K_____, elles ne paraissent pas être pertinentes par rapport aux symptômes subis par l'assurée, mais ce neurologue décrit à la fin de son rapport son "impression" suivante : "La symptomatologie décrite par la patiente avec atteinte à l'hémicorps droit contracture, ainsi qu'une diminution de la sensibilité au niveau des membres supérieur et inférieur du côté droit, sans atteinte au niveau de la partie supérieure du visage, fait évoquer une origine centrale qui n'a pas été objectivée par les investigations réalisées jusqu'à ce jour". Aucune explication claire ne ressort non plus de l'"assessment" du troisième neurologue, le Dr H_____, le diagnostic de "troubles dégénératifs cervicaux" semblant en particulier relativement peu précis.

À cet égard, cet "assessment" neurologique, qui comprend huit pages, ne contient pas d'anamnèse précise, ni d'étude fouillée et complète par rapport aux examens, notamment d'imagerie médicale, qui ont été effectués par divers médecins aux plans cervical, lombaire et de l'épaule droite entre octobre 2019 et janvier 2020, ni en lien avec l'examen clinique de l'intéressée ; ce rapport, qui n'émane pas d'un médecin traitant, mais d'un spécialiste mandaté par une assurance-maladie - privée - d'indemnités journalières, peut se voir reconnaître une valeur probante, mais pas entière ni au niveau d'une expertise mise en œuvre par l'administration (l'OAI) au sens de l'art. 44 LPGA et de la jurisprudence citée plus haut.

Les examens, notamment d'imagerie médicale, effectués par différents médecins aux plans cervical, lombaire et de l'épaule droite, entre octobre 2019 et janvier 2020, ne paraissent pas non plus, prima facie, fournir d'explications aux symptômes susmentionnés de la recourante, ni de pistes pour en trouver. Notamment, l'IRM cérébrale du 11 avril 2019 conduit à la conclusion d'une absence d'anomalie (rapport du docteur P_____, radiologue FMH, du même jour).

8.3 Au regard de ce qui précède, compte tenu, d'une part, de la cohérence des taux et périodes d'incapacité de travail retenus par la Dresse C_____ par rapport à l'évolution des symptômes de la recourante et, d'autre part, de l'absence de valeur probante entière de l'"assessment" neurologique du Dr H_____ et du fait que cet "assessment" était limité à l'aspect neurologique alors que d'autres domaines médicaux pouvaient être touchés, on ne voit pas ce qui permettait au SMR dans son rapport du 9 mars 2021, et à l'OAI, dans son projet de décision puis dans sa décision attaquée, d'à la fois admettre les taux d'incapacité partielle indiqués par la médecin traitante et à la fois interrompre brusquement cette incapacité de travail en la faisant passer à une capacité de travail entière (certes avec une - petite - diminution de rendement de 10 % dans l'activité habituelle) en un seul jour, le 24 février 2020, date précisément de l'établissement de l'"assessment" neurologique. C'était en contradiction avec ce qu'avait retenu la Dresse C_____ dont le SMR avait pourtant initialement suivi l'appréciation.

Cette appréciation du SMR et de l'office n'est pas suffisamment motivée et ne trouve pas non plus de justification dans le dossier ni dans une instruction médicale suffisante, ce d'autant moins que le SMR n'a, avant son rapport du 9 mars 2021, plus recueilli de rapports médicaux après celui de la médecin traitante du 21 juin 2020, plusieurs mois auparavant. Vu ces manquements, il importe peu que le médecin auteur du rapport du SMR serait, selon la recourante, spécialiste FMH en gynécologie, alors que son cas, complexe, nécessiterait d'après elle l'appréciation de plusieurs spécialistes.

La question du passage ou non d'une incapacité partielle à une capacité entière de travail au 24 février 2020 est particulièrement importante du fait de l'exigence légale que l'assurée ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). En effet, si le SMR et l'intimé étaient suivis, cette incapacité de travail de taux minimal, commencée le 23 mars 2019, n'aurait pas été d'au moins une année. En revanche, si l'on se fondait sur l'appréciation de la Dresse C_____, avec une incapacité de travail d'au moins 40 % dans une activité adaptée jusqu'au 2 juin 2020, la condition de durée d'une année serait, sous réserve d'une éventuelle nécessité de comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA), réalisée.

8.4 Au surplus, au sujet de l'adaptation du poste de travail, l'intéressée allègue dans son recours que le Dr H_____, auteur de l'"assessment" neurologique, et

donc aussi le SMR, n'ont pas tenu compte du fait qu'elle est indépendante, qu'elle se rend en véhicule chez ses clients pour exercer son activité et qu'elle ne peut ainsi pas exiger une adaptation de poste chez eux au risque de les perdre. Elle fait aussi valoir une absence de prise en compte par le Dr H_____ et le SMR des trajets nécessaires en véhicule, lesquels doivent être réalisés forcément en position assise et amputent selon elle d'autant sa capacité de travail concrète chez ses clients.

Or, l'OAI n'a pas investigué les questions de savoir quelles pourraient être des activités adaptées pour l'assurée, ni dans quelle mesure et comment celle-ci pourrait adapter de manière suffisante et efficace sa propre activité indépendante habituelle, et il n'a pas non plus effectué de comparaison des revenus avec et sans invalidité en application de l'art. 16 LPGA.

8.5 Après le prononcé le 25 mai 2021 de la décision attaquée, a été produit le rapport du 23 juin 2021 de la Dresse L_____. Selon cette dernière, l'évolution au niveau de l'épaule droite avait été plutôt favorable; en juin 2021, la composante de cervicalgie était passée au premier plan avec cliniquement des signes de souffrance sur le territoire C8, sans déficit sensitivo-moteur, justifiant la réalisation par le docteur M_____, radiologue FMH, d'une IRM de la colonne cervicale le 10 (recte: 9) juin 2021, laquelle était annexée et mettait en évidence, d'après la Dresse L_____, une cervicarthrose multi-étagée prédominant en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec un rétrécissement neuro-foraminal modéré à sévère en C7-D1 conflictuel avec la racine C8. Selon la Dresse L_____, les problématiques musculo-squelettiques et neurologiques qu'elle avait mentionnées entravaient une reprise à plein temps de l'activité professionnelle, et, de fait, la patiente ne parvenait pas à exercer son activité de comptable à un taux supérieur à 50 %.

Toutefois, ce rapport de la Dresse L_____, qui retient une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle (contre 30 % d'après la médecin traitante à tout le moins jusqu'au prononcé de la décision querellée), porte sur ses constatations effectuées en juin 2021, donc postérieurement au prononcé de la décision litigieuse, ce qui exclut qu'il puisse remettre en cause, à lui seul, cette décision.

8.6 En revanche, les trois rapports médicaux produits par la recourante avec sa réplique - dernière écriture - du 15 octobre 2021 pourraient le cas échéant concerner, par la pose du diagnostic de déficit vestibulaire, non seulement la période postérieure au prononcé de la décision querellée, mais aussi celle antérieure.

Ainsi, dans son rapport du 9 juin 2021 adressé au Dr O_____, le Dr N_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ci-après: ORL), relève que l'assurée perçoit depuis Pâques - 2021 - un sifflement à l'oreille gauche qui persiste, diagnostique un déficit vestibulaire périphérique à droite et une légère surdité de perception à gauche, et conclut notamment que l'intéressée présente des signes d'un déficit vestibulaire périphérique à droite, probablement des manifestations

d'une neuronite encore mal compensée. Ce rapport ne se prononce pas sur la période antérieure à Pâques 2021, mais mentionne que les processus centraux de compensation, pas encore bien établis, requièrent tant d'attention et d'énergie qu'ils produisent les symptômes suivants : "fatigue, besoin accru de sommeil, troubles attentionnels, de la mémorisation, de la concentration, intolérance aux bruits, hypersensibilité sensorielle et émotionnelle, et raideur-contracture de la nuque par réflexe de préservation, d'évitement des mouvements de rotation de la tête". D'après ce spécialiste ORL, le pronostic est bon, l'assurée allant vers "la résolution progressive des symptômes vestibulaires et de ceux produits par une compensation encore incomplète".

Dans son rapport du 23 juillet 2021, la Dresse C_____ décrit le déroulement des symptômes de la recourante depuis le 23 mars 2019 et mentionne notamment "une contre-expertise demandée par la patiente" et "faite par le Dr O_____". Selon la médecin traitante, la pose du diagnostic de déficit vestibulaire périphérique a été retardée par l'absence de vertiges, une telle affection étant généralement accompagnée de ce symptôme. Sont décrits les mécanismes de compensation par rapport au déficit vestibulaire périphérique, qui, notamment, au niveau cérébral induisent une augmentation de l'attention et de l'énergie déployées et causent ainsi des effets négatifs sous forme de fatigue et fatigabilité, troubles de l'attention et de la concentration, ainsi que d'intolérance au bruit et à la lumière, ce qui explique notamment la grande difficulté de la patiente à se déplacer en voiture et en train, ce qui a notamment posé problème pour se rendre à la première convocation à l'"assessment" psychiatrique à Neuchâtel. Toujours d'après la médecin traitante, au niveau psychologique, hormis six à huit semaines d'anxiété et d'angoisse liées à l'événement du 23 mars 2019, l'assurée, particulièrement forte émotionnellement et psychologiquement, n'a présenté aucun symptôme ou signe de dépression, d'anxiété ou d'angoisses, et a réussi à diminuer toutes les sources de stress au travail afin de se préserver. Après la description de l'évolution des symptômes en 2019, il est noté que l'évolution est "stagnante" en 2020, avec une "situation globalement meilleure" en septembre 2020, mais l'indication qu'en octobre 2020, la patiente "peut refaire des choses chez elle (ménage, aspirateur), mais cela déclenche progressivement finalement des douleurs cervicales avec irradiation dans le membre supérieur droit et des paresthésies de temps en temps"; en 2021, "l'évolution est très lentement progressive début 2021", sans que l'assurée ait pu reprendre ses anciennes activités de loisirs, si ce n'est la randonnée, mais limitée à 1 heure, et "la physiothérapie continue d'améliorer la situation au niveau de l'épaule [droite], mais tout reste fragile et déclenche vite des symptômes lors d'une surcharge de travail par exemple". Actuellement, après un épisode le 1er juin 2021 de récidive des symptômes, l'évolution est de nouveau favorable, mais ne permet pas actuellement une reprise de travail à plus de 50 %; des exercices vestibulaires pour rééduquer le cerveau et l'oreille interne ont été introduits et le pronostic est lentement favorable.

Dans son rapport d'"expertise" du 10 septembre 2021 adressé à une avocate de Q_____ et apparemment sur mandat de cette assurance et faisant suite à un examen de la recourante le 29 juin 2021, le Dr O_____, médecin praticien FMH et se déclarant "expert SIM", cite des passages de plusieurs rapports médicaux établis depuis le 23 mars 2019 et retient les diagnostics de déficit vestibulaire droit et de trouble musculo-squelettique cervical droit secondaire au déficit vestibulaire. Selon ce médecin, l'intéressée présente des symptômes neurologiques de son hémicorps gauche dans le contexte d'un déficit vestibulaire (phase aiguë); les symptômes évoqués par la recourante sont adéquats et peuvent s'apparenter au COVID long (atteinte neurologique par le SRAS-COV2 du vestibule, en sus des troubles olfactifs et gustatifs). Selon le Dr O_____, l'évolution a été favorable par l'adaptation physiologique au déséquilibre; une neuro-rééducation spécifique supplémentaire se justifiait; la capacité de travail a été affectée par un déficit vestibulaire depuis le 23 mars 2019, dont la patiente a compensé spontanément avec le temps, "impactant" la capacité de travail comme certifié adéquatement par la Dresse C_____; les conclusions de l'"assessment" neurologique du Dr H_____ du 24 février 2020 ne peuvent pas être retenues, faute d'inclure le diagnostic évoqué.

Il sied de préciser ici que, même s'il est intitulé "expertise", le rapport du 10 septembre 2021 du Dr O_____ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante correspondant à celle d'une expertise (art. 44 LPGA) au sens explicité par la jurisprudence, ce d'autant moins qu'il semble avoir été établi à la demande de l'assurée via l'assurance privée Q_____, comme contre-expertise. En effet, ce rapport, de huit pages, ne contient pas d'anamnèse précise et complète, ni d'étude fouillée par rapport aux examens qui ont été effectués par dans le passé par d'autres médecins, ni en lien avec l'examen clinique de l'intéressée, qui a duré une seule heure; ce rapport, qui n'émane pas d'un spécialiste de la problématique du déficit vestibulaire, motive très peu ses conclusions relatives au diagnostic et à la capacité de travail, dont elle ne fixe du reste pas le degré. En revanche, le Dr N_____, médecin ORL FMH, peut être considéré comme un spécialiste relativement à ce diagnostic, lequel est lié au labyrinthe et conduit auditif interne. Ces trois rapports (des Drs N_____, O_____ et C_____) peuvent se voir attribuer une valeur probante correspondant à celle de rapports émanant de médecins traitants ou de médecins spécialistes intervenus à la demande de ceux-ci.

Quoi qu'il en soit, ce nouveau diagnostic de déficit vestibulaire, voire celui d'éventuelles affections liées à un COVID long, et ces nouvelles conclusions ne peuvent en l'état pas être considérés comme établis au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. Ils devront en revanche être pris en considération et discutés dans le cadre d'une instruction complémentaire approfondie du cas de la recourante.

8.7 En définitive, vu l'ensemble des considérants qui précèdent, l'appréciation du SMR et de l'office n'est, aux plans médical et économique, pas suffisamment motivée ni instruite, comme exposé plus haut, et le dossier ne contient pas de rapports médicaux, en particulier pas une expertise administrative, pouvant se voir reconnaître – parmi les nombreux rapports dont certains divergent entre eux – une valeur probante déterminante pour l'appréciation du cas.

Conformément à la jurisprudence citée plus haut, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En l'occurrence, l'intimé s'est contenté de recueillir des rapports de la médecin traitante et des médecins spécialistes ayant examiné l'assurée ainsi que des médecins mandatés par l'assurance-maladie d'indemnités journalières (I_____) et de trancher d'une manière non cohérente entre les rapports de la médecin traitante et l'"assessment" neurologique, via le SMR, comme énoncé plus haut; il a ainsi laissé l'appréciation et l'évolution médicales non suffisamment instruites, défaut d'instruction qui existe aussi au plan économique (art. 16 LPGA).

La cause doit donc être renvoyée à l'office pour instruction approfondie de la situation médicale de la recourante, de son évolution et de ses effets sur la capacité de travail, ainsi que clarification des possibilités concrètes d'adaptation du poste de travail de l'assurée dans son activité indépendante habituelle avec les conséquences sur la capacité de gain, voire éventuellement également détermination des autres tâches ou métiers qu'elle pourrait – de manière non irréaliste – exercer, enfin comparaison des revenus avec et sans invalidité, puis nouvelle décision. Au regard des différents taux de capacité, respectivement d'incapacité de travail fixés suivant les périodes, une attention particulière devra être accordée à l'application de l'art. 88a du règlement sur l’assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201; intitulé "modification du droit").

Ce renvoi s'impose d'autant plus au regard des trois nouveaux rapports médicaux produits avec la réplique et le fait que les nouveaux diagnostics de déficit vestibulaire, voire d'éventuelles affections liées à un COVID long, en tant qu'ils n'ont pas été posés auparavant et qu'ils portent – notamment – sur la période antérieure au prononcé de la décision attaquée, ne permettent pas d'emblée d’exclure complètement que même les taux de capacité de travail fixés par la Dresse C_____ (y compris dans son rapport du 21 juin 2020) avant le prononcé de ladite décision soient le cas échéant revus à la baisse, augmentant ainsi éventuellement le degré d'incapacité de travail, voire d'invalidité, de la recourante, suivant les périodes, même après le 2 juin 2020, ce étant donné notamment les observations effectuées par la médecin traitante dans son rapport du 23 juillet 2021 relativement aux difficultés de sa patiente en octobre 2020 et en 2021. Dans ce cadre, pourront entre autres être clarifiées la question de savoir si les constatations et appréciations faites par la Dresse L_____ dans son rapport du 23 juin 2021 s'étendaient non seulement au mois de juin 2021, mais aussi à la fin du

mois de mai 2021 (à la date de la décision attaquée) ou même avant, et le cas échéant la question de la valeur probante de ce rapport.

Il incombera à l'OAI de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire, portant sur les aspects médicaux pertinents, en tout cas neurologique et ORL.

Par économie de procédure, il se justifie que l'instruction de l'office porte sur les affections médicales et la capacité de travail ainsi que leurs évolutions respectives non seulement avant le 25 mai 2021, mais également après, et jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue.

9. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

10. La recourante obtenant en grande partie gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis 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 rendue le 25 mai 2021 par l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'500.-, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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