RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2962/2021 **ATAS/993/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 novembre 2022

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée rue _____, Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves MABILLARD	recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1985, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce. Elle a travaillé, dès 2006, en tant que *senior underwriter* dans une assurance. Selon son extrait de compte AVS, elle a réalisé, en 2017, un revenu de CHF 89'379.-. Son employeur a indiqué à titre de salaire 2018 un montant total de CHF 90'350.-.

b. Dès le 29 avril 2018, l'assurée a été en incapacité de travail.

c. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office d'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le 17 août 2018.

d. Dans le cadre de cette demande de prestations, un rapport du docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a été adressé à l'OAI, en août 2018. Ce médecin y attestait une incapacité de travail totale dès le 31 mai 2018, liée au fait que l'assurée avait des difficultés majeures à se déplacer et des algies diffuses. Cette dernière présentait des rachialgies mixtes invalidantes avec impotence fonctionnelle. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient selon le Dr B_____ « une notion de syndrome systémique d'intolérance à l'effort », une spondylarthrite axiale probable et une splénomégalie d'origine indéterminée en cours d'investigation. Le cas était extrêmement complexe, l'assurée ayant été intégrée et autonome jusqu'en mai 2018, avant de devenir lourdement invalide. Était joint au rapport médical un avis de sortie du service de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 20 juillet 2018 concernant l'assurée. Dans cet avis, le diagnostic de syndrome douloureux chronique était mentionné, ainsi que le fait que l'assurée présentait un lymphœdème primaire du membre inférieur gauche chronique depuis 2016 et une splénomégalie d'origine indéterminée.

e. Dans un rapport subséquent établi le 11 avril 2019 par le Dr B_____, ce dernier a fait état d'une suspicion de maladie inflammatoire en voie d'investigation, en sus du lymphœdème et de la splénomégalie. Il y indiquait que l'assurée présentait un syndrome lombo-vertébral avec points douloureux aux niveaux dorsal et lombaire, des difficultés à la marche et à la mise en train et une dysthymie réactionnelle. La capacité de travail restait nulle.

f. Dans un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, daté du 14 janvier 2019, était évoqué le diagnostic de syndrome douloureux persistant associant des cervicalgies, des lombalgies et des douleurs de l'hypochondre gauche en cours d'investigation. Il ressortait de ce document que l'assurée présentait également un lymphœdème primaire du membre inférieur gauche chronique depuis 2016, des infections urinaires récidivantes, une *meralgia paresthetica*, une tumeur bégnine du sein droit, une notion de syndrome systémique d'intolérance à l'effort et une splénomégalie d'origine indéterminée de découverte fortuite. Malgré son état de santé durant les mois ayant précédé la

consultation ambulatoire, l'assurée avait su maintenir une vie sociale agréable. Sa famille était proche d'elle, très aidante. L'assurée voyait toujours ses amis. Son entourage s'était bien adapté à sa situation. L'assurée avait bien aménagé sa façon de vivre à ses capacités et restait volontaire pour aider dans les tâches et activités de la vie quotidienne, dans la mesure de ses possibilités. L'anamnèse, le status et les examens complémentaires avaient fait évoquer une spondylarthropathie axiale, dont les critères de classification n'étaient toutefois pas remplis. Les médecins consultés à la consultation avaient enfin évoqué plusieurs options thérapeutiques.

g. L'assurée a en outre consulté le docteur C_____, médecin au service d'immunologie des HUG, lequel a établi un rapport en date du 27 décembre 2018, adressé à l'OAI. Ce médecin y indiquait n'avoir pas pu mettre en évidence une immunodéficience. Le profil de l'atteinte de l'assurée était plutôt compatible avec une entité inflammatoire, sans que l'on puisse poser un diagnostic de type maladie auto-immune ou conjonctivite. Dans un rapport subséquent, daté du 24 février 2020, le Dr C_____ a fait état, concernant l'assurée, d'une asthénie invalidante, d'une perte de poids, de sueurs nocturnes et de douleurs musculaires. Une suspicion de maladie inflammatoire était en voie d'investigation. Ce praticien considérait que l'incapacité de travail était totale, car l'état de santé de l'assurée était trop fluctuant du fait de l'asthénie et des douleurs. Des tests génétiques réalisés à sa demande n'avaient pas permis de retrouver de variant causant la pathologie (rapport du 27 avril 2020). Dans un rapport du 8 juin 2020, ce médecin a encore indiqué ne pas avoir d'argument pour un syndrome de Sjögren.

h. L'assurée a consulté, à plusieurs reprises, le docteur D_____, médecin au Service des maladies infectieuses des HUG, lequel a, dans un rapport du 12 juin 2019, évoqué un PFAFA (*periodic fevers with aphthous stomatitis, pharyngitis, et adenitis*) au vu des angines à répétition dont l'assurée avait souffert durant l'enfance. Ce praticien soulignait cependant qu'il semblait très peu probable qu'une étiologie infectieuse puisse expliquer toute la symptomatologie de l'assurée. Dans un rapport du 3 juillet suivant, le Dr D_____ a évoqué des résultats positifs pour le fusobacterium en lien avec l'angine, lesquels n'expliquaient toutefois pas la splénomégalie et les douleurs chroniques. Les recherches d'autres facteurs infectieux étaient négatives. Le 1er août 2019, le Dr D_____ a finalement exclu un diagnostic infectieux ou tumoral identifié.

i. L'assurée a également bénéficié d'un suivi auprès du service de rhumatologie des HUG. Dans un rapport du 9 avril 2019, les médecins de ce service ont indiqué que l'assurée présentait un complexe fluctuant, sans qu'il ait été possible de poser un diagnostic précis, et notamment de retenir avec certitude une spondylarthrite axiale. L'asthénie avec fatigabilité musculaire et dyspnée de moindre effort était alors au premier plan, et à l'origine d'une incapacité fonctionnelle majeure

retentissant sur le psychisme de l'assurée. Une possible part inflammatoire à la symptomatologie était discutée.

Le 9 juillet 2019, ces mêmes médecins ont indiqué que de nouveaux scanners sur sang périphérique ne montraient que peu d'arguments pour une maladie hématologique. Le médecin hématologue ne proposait pas d'investigations complémentaires. L'assurée mentionnait une amélioration de ses lombalgies depuis la reprise progressive d'une activité physique douce, incluant la marche, avec l'aide de sa physiothérapeute, mais elle restait très gênée par des douleurs musculaires des trapèzes et par des symptômes persistants, au premier rang desquels figuraient des myalgies des épaules qui ne lui permettaient pas, à ce stade, d'envisager une reprise du travail.

Dans un rapport du 9 juin 2020, la doctoresse E_____, médecin auprès du même service, a noté la persistance d'arthromyalgies axiales et périphériques et une intense fatigue avec intolérance à l'effort et fatigabilité objectivée lors du test du lever de chaise, un syndrome sec oculaire et buccal invalidant, des sueurs nocturnes et une soif intense. Il n'y avait pas de diagnostic établi, les douleurs et la fatigue chronique étant d'étiologie indéterminée. Depuis le mois d'avril 2019, l'état de santé de l'assurée était stable, à l'exception d'une amélioration transitoire des myalgies et de la faiblesse sous médication. Ses limitations fonctionnelles étaient une fatigue liée notamment à un sommeil non réparateur, avec des difficultés de concentration, une incapacité à réaliser la moindre tâche sans importante recrudescence douloureuse et une incapacité à soulever des charges de plus d'un kilogramme. L'assurée subissait d'importantes limitations dans les activités de la vie courante. Sa capacité de travail était nulle en raison de la fatigue et de la répercussion psychologique des symptômes.

j. Les médecins du service d'angiologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), également consultés par l'assurée dans le cadre d'une hospitalisation dans ledit service, ont fait état, dans un rapport du 6 juin 2019, d'une asthénie, de douleurs articulaires, de sudations nocturnes d'origine indéterminée, de splénomégalie inhomogène, d'infections urinaires à répétition de cause indéterminée et d'un lymphœdème primaire du membre inférieur gauche décompensé à la suite d'un traumatisme en 2016. Durant son hospitalisation, l'assurée avait subi plusieurs examens et consultations qui n'avaient pas permis d'établir un diagnostic précis. Une cause infectiologique était très peu probable selon les bilans réalisés.

Dans un rapport du 1er avril 2020, le docteur F_____, médecin au sein du service d'angiologie, a indiqué que le bilan angiologique, fait en février 2019, retrouvait une excellente évolution du lymphœdème après trois mois de compression élastique et de physiothérapie d'entretien, avec une perte de presque deux litres au membre inférieur gauche. L'assurée présentait une évolution lentement favorable de son lymphœdème. Elle bénéficiait de drainages lymphatiques une fois par semaine et portait toujours un bas de compression. L'assurée avait en sus noté une

amélioration depuis une tonsillectomie pratiquée en janvier 2020. Le lymphœdème primaire entraînait, selon ce médecin, une incapacité de travail de 20 à 40%.

k. Dans un rapport du 30 juin 2020, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie consulté par l'assurée, a pour sa part posé le diagnostic d'un état dépressif réactionnel avec asthénie marquée, perte d'énergie, réduction de l'activité, humeur dépressive, trouble du rythme nycthéméral, perte de plaisir, difficultés de concentration, baisse d'estime et de confiance en soi, sentiment de dévalorisation, idées de culpabilité, angoisse et manifestations algiques fréquentes. Les atteintes psychiques de l'assurée étaient secondaires à ses troubles somatiques. S'agissant de la capacité de travail, le psychiatre renvoyait à l'évaluation des spécialistes en médecine somatique.

l. Le 17 octobre 2020, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de mission d'expertise. Il lui a ensuite communiqué, le 19 octobre 2020, le nom des experts pressentis, soit les docteurs H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et J_____, spécialiste FMH rhumatologie.

m. Le 19 février 2021, les experts ont rendu leur rapport.

Dans leur évaluation consensuelle, ils retenaient à titre d'atteintes avec incidence sur la capacité de travail de l'assurée, une fibromyalgie, un lymphœdème primaire du membre inférieur gauche diagnostiqué en 2018, un syndrome sec objectif oculaire et buccal et une incontinence urinaire mixte de stress et d'urgence, avec infections urinaires et mycoses vaginales à répétition. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail consistaient en un trouble de l'adaptation, une réaction dépressive prolongée (F 43.21), des rachialgies et scapulalgies et des cervicalgies chroniques sans substrat anatomique ou inflammatoire avec dysbalance musculaire, une splénomégalie hétérogène stable, une obésité de classe I, des infections ORL à répétition, un status après tonsillectomie bilatérale en 2020 et un psoriasis cutané.

Les experts retenaient, sur le plan psychique, une réaction dépressive secondaire à l'apparition de douleurs de plus en plus marquées, en lien avec les différentes limitations de l'assurée dans des activités désormais impossibles. L'assurée ne rapportait en revanche pas d'idée suicidaire, ni d'angoisse. Elle décrivait de nombreux moments où elle se sentait bien, éprouvait du plaisir et pouvait être gaie et de bonne humeur. Elle gardait du plaisir à écouter de la musique, à regarder des séries et à faire des jeux de mémoire et de stratégie sur ordinateur, ainsi qu'en passant des moments avec son conjoint et ses amis. Les critères d'un épisode dépressif ou d'une dysthymie n'étaient pas réunis. Les critères d'un syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas non plus remplis en l'absence d'un contexte émotionnel ou psychosocial suffisamment important pour être considéré comme la cause essentielle du trouble. La plainte douloureuse

n'était également pas persistante, l'assurée expliquant avoir des moments de plaisir et de détente, si elle ne faisait pas d'efforts ou de mouvements déclencheurs de ses douleurs. L'expert psychiatre ne retrouvait pas de sentiment de détresse lors de l'examen. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée était donc retenu. Du point de vue rhumatologique, l'assurée rapportait essentiellement des douleurs du squelette axial, principalement au niveau de la colonne cervicale et des épaules, et des douleurs musculaires des membres supérieurs et inférieurs. Elle se plaignait de fatigue et de troubles du sommeil. L'examen rhumatologique mettait en évidence une fibromyalgie floride. En revanche, il n'existait pas de maladie incapacitante, malgré le fait que l'assurée se sentait toujours très handicapée au niveau de ses activités, même dans les gestes les plus simples de la vie quotidienne. Les douleurs rhumatologiques n'avaient pas d'étiologie inflammatoire ou immunologique. L'obésité et le syndrome de dysbalance musculaire favorisaient la symptomatologie douloureuse lombo-vertébrale. Seule la fibromyalgie pouvait expliquer les plaintes, en particulier la fatigue, rapportées par l'assurée. Sur le plan de la médecine interne, le lymphœdème primaire du membre inférieur gauche avait été diagnostiqué en 2018. L'experte rappelait que le Dr F_____ avait estimé la capacité de travail entre 60 et 80% et jugeait qu'elle n'avait pas de raisons de s'écarter des conclusions de ce spécialiste. L'experte retenait donc une baisse de rendement liée à la nécessité d'un traitement régulier à long terme par physiothérapie, associée à la contention-compression, et les symptômes quotidiens sous forme de lourdeur et de fatigue du membre inférieur gauche. Ces empêchements étaient présents de manière plausible depuis avril 2018, à savoir trois mois avant le diagnostic posé par les spécialistes consultés. Avant cette date, il n'y avait pas d'éléments au dossier attestant d'empêchements significatifs. Après des investigations approfondies (IRM des glandes salivaires, biopsie des glandes salivaires, examen histologique de amygdales, bilan biologique auto-immun large à plusieurs reprises), aucun argument pour une maladie de Sjögren n'avait été retenu. Il existait un syndrome sec objectif oculaire et buccal entraînant des limitations fonctionnelles et de baisse de rendement. L'incontinence urinaire mixte était occasionnelle, n'imposait pas le port de protections et n'entraînait pas d'incapacité de travail, mais des limitations fonctionnelles. S'agissant de la splénomégalie, l'assurée s'était plainte, lors de l'examen, de vives douleurs à la palpation du flanc gauche, sans qu'il soit possible de retenir un lien de causalité avec cette atteinte. Partant, l'experte ne retenait pas d'incidence sur la capacité de travail pour cette atteinte. L'obésité de classe 1 était sans incidence sur la capacité de travail, mais aggravait le lymphœdème. L'obésité, la sédentarité et le déconditionnement musculaire étaient des facteurs de risque d'incontinence urinaire. Les infections ORL à répétition étaient sans incidence durable sur la capacité de travail. Un psoriasis était rapporté par l'assurée. L'examen clinique retrouvait certes une lésion érythémato-squameuse compatible avec ce diagnostic,

laquelle était traitée par corticoïdes topiques. Cette atteinte était sans influence sur la capacité de travail de l'assurée.

D'un point de vue interdisciplinaire, le degré d'atteinte à la santé était léger en respectant le profil d'effort. Au plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle majeure. Au plan rhumatologique, la fibromyalgie entraînait une fatigue et limitait le temps de présence au travail. L'activité devait avoir lieu en milieu tempéré, sans port de charges de plus de 10 kg et sans mouvements augmentant significativement ou rapidement la pression intra-abdominale. Sur le plan de la médecine interne, le travail devait avoir lieu dans un environnement avec une qualité de l'air et de l'éclairage adéquate, des pauses de deux minutes toutes les vingt minutes en cas de travail sur écran pour l'orientation du regard devaient être possibles et l'assurée devait utiliser des gouttes oculaires au besoin. En raison du lymphœdème primaire, l'assurée ne pouvait pas travailler une journée entière. Elle devait avoir la possibilité de faire une pause d'environ 15 minutes de plus le matin et l'après-midi. Des toilettes devaient être disponibles à moins de dix mètres. Les limitations fonctionnelles rhumatologiques et liées à la sécheresse oculaire perdureraient. Les autres limitations fonctionnelles pouvaient disparaître en cas de traitement de l'obésité et du déconditionnement.

S'agissant de la cohérence, l'assurée avait indiqué qu'elle ne se voyait pas reprendre une activité professionnelle. Il existait une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie, notamment les activités ménagères, les transports, les activités récréatives, sociales et les relations intimes. Le rhumatologue retenait des divergences entre l'importance des symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen clinique. On ne retrouvait pas de syndrome vertébral, mais une dysbalance musculaire, et surtout une kinésiophobie et des éléments d'autolimitation, en particulier lors de l'épreuve du Schober. Les quatre signes de Waddell positifs sur cinq étaient en faveur d'une certaine exagération, même si cette dernière n'était pas volontaire. Les experts interniste et psychiatre n'avaient en revanche pas mis en évidence de telles divergences. L'examen clinique psychique ne révélait pas d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation. La Dresse H_____ notait une lenteur et une attitude précautionneuse qui pouvaient sembler excessives lors des déplacements, mais on ne pouvait affirmer qu'il s'agissait d'éléments d'autolimitation, au vu du caractère subjectif des douleurs.

Les experts ont défini la capacité de travail ainsi : sur le volet psychiatrique, elle avait toujours été entière. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail comme gestionnaire dans une assurance avait été complète jusqu'en avril 2018, puis de 80% en raison de la fibromyalgie. Du point de vue de la médecine interne, selon toute vraisemblance, la capacité de travail était d'environ 70% depuis avril 2018 (20% de diminution du temps de présence en raison du lymphœdème primaire, avec une baisse de rendement en raison des pauses liées à la sécheresse oculaire et au lymphœdème). Les experts estimaient ainsi la capacité de travail à

70%, soit 6h45 avec un rendement de 90%. Les incapacités de travail définies dans chaque volet de l'expertise ne s'additionnaient pas.

Dans l'expertise de médecine interne, la Dresse H_____ a noté que l'assurée donnait une impression tendue et abattue. Son visage était sombre. À plusieurs reprises durant l'entretien, elle avait pleuré, particulièrement en évoquant sa vie avant ses problèmes de santé, avec une détresse perceptible pour l'experte. Elle donnait l'impression d'être une personne consciencieuse et volontaire. L'experte avait eu un entretien téléphonique avec le Dr F_____, lequel lui avait confirmé la plausibilité des empêchements définis par l'expertise et l'absence de trace écrite au dossier de tels empêchements avant 2018. L'experte avait discuté ses divergences d'appréciation avec les médecins traitants dans son rapport. Dans ce cadre, elle avait notamment relevé que le Dr B_____ n'indiquait pas en quoi la splénomégalie était invalidante. Il s'agissait en effet d'une découverte fortuite, qui n'avait pas pu être mise en lien avec une maladie spécifique, sans rapport avec les symptômes, et n'entraînant donc pas d'incapacité de travail.

Au plan psychique, le Dr I_____ a détaillé les plaintes de l'assurée, laquelle avait pleuré à plusieurs reprises durant l'entretien. L'expert ne retrouvait cependant pas de sentiment de détresse. L'expert rappelait que le Dr G_____ avait posé le diagnostic d'épisode dépressif réactionnel, sans indiquer l'intensité de cet épisode dépressif et sans se déterminer sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Les troubles dépressifs décrits par l'assurée variaient en fonction des jours et des facteurs extérieurs, alors que selon la CIM-10, lors d'un épisode dépressif, l'humeur ne variait guère en fonction de ces facteurs. Le Dr I_____ se ralliait à la notion de troubles dépressifs réactionnels correspondant au trouble de l'adaptation, mais ne retrouvait pas les critères d'un épisode dépressif, même d'intensité légère. Il n'y avait pas chez l'assurée d'idées de culpabilité, de ralentissement psychomoteur ni de troubles de la concentration ou de fatigabilité cliniquement remarquables, ni de perte des envies. L'assurée bénéficiait du soutien de ses parents, de son frère et de son compagnon notamment. S'agissant de ses ressources personnelles, son comportement face à la maladie était adapté, son sens des réalités et sa capacité de jugement n'étaient pas altérés, pas plus que la capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts. Sa gestion de l'affect, sa faculté à contrôler ses impulsions, son estime de soi et sa capacité de régression étaient légèrement altérées. L'intentionnalité et le dynamisme n'étaient pas altérés. Un traitement antidépresseur pouvait être envisagé afin d'éviter une aggravation des troubles thymiques. Enfin, l'assurée ne rapportait pas de limitation fonctionnelle de nature psychiatrique.

Le Dr J_____ a, quant à lui, indiqué que l'assurée rapportait des douleurs à la marche, une fatigabilité et des douleurs de la sphère scapulaire, lors de tous les mouvements. Elle présentait des difficultés également dans la toilette, l'habillage, ou le ménage. Elle était aidée par sa mère. Elle était suivie depuis 2018 par le service de rhumatologie des HUG, dans un premier temps par le professeur

K_____, puis par le professeur L_____. Il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire, notamment de type spondylarthropathie, au vu des résultats négatifs de l'IRM de la colonne et des sacro-iliaques et du dosage du HLA-B27. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique, et le séquençage génétique était sans particularité. Il n'y avait pas d'argument sérologique ou radiologique pour une arthrite psoriasique. Seule la fibromyalgie pouvait expliquer les plaintes de l'assurée. Les douleurs chroniques n'avaient pas d'impact sur sa capacité de travail dans une assurance. Il n'y avait pas de traitement thérapeutique à proprement parler, hormis l'apprentissage et l'application de gestes d'épargne du rachis et les exercices, avec renforcement musculaire et gainage. La poursuite de l'hypnose et les exercices de stretching étaient essentiels. La réduction du poids pouvait également être importante pour la prévention de problèmes lombaires futurs. Le Dr J_____ s'était déterminé, dans son rapport, sur ceux de ses confrères rhumatologues, et avait noté que ceux-ci avaient probablement pris en considération des motifs autres que rhumatologiques pour déterminer la capacité de travail de l'assurée. La Dresse E_____ évoquait une limitation en raison de la fatigue et des répercussions psychologiques des symptômes de l'assurée. Le Dr J_____ estimait qu'avec un reconditionnement physique, la capacité de travail pouvait à nouveau atteindre 100% dans les six mois.

n. Dans un avis du 27 février 2021, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est rallié aux conclusions des experts et a admis une capacité de travail dans l'activité habituelle de 70% dès le 24 avril 2018.

o. Par projet de décision du 12 mars 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, l'incapacité de travail de 30% admise par les experts étant inférieure au taux ouvrant le droit à une rente. Les mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, l'activité habituelle étant adaptée.

p. Le 30 mars 2021, l'assurée, par son mandataire, a contesté le projet de l'OAI, que ses médecins ne comprenaient pas. Le 26 avril 2021, elle a fait savoir à l'OAI que des bilans étaient en cours et a requis un délai pour produire des rapports médicaux.

Par observations du 14 juin 2021, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise et a émis plusieurs critiques à son encontre. La comparaison de ses activités sociales et de ses loisirs avant et après la survenance de l'atteinte en 2018 était « frappante ». On peinait à comprendre comment l'expert rhumatologue avait pu retenir une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et pour quelles raisons il s'était écarté des conclusions des autres médecins. Cette remarque valait également pour les conclusions de la Dresse H_____. Tout portait à croire que les experts s'étaient fondés sur le rapport du Dr F_____ du 1er avril 2020. Toutefois, ce médecin ne se déterminait que sur le lymphœdème. L'assurée a joint des questionnaires médicaux remplis par les Drs F_____, G_____, C_____ et E_____, qui confirmaient tous une capacité de travail de 20% au mieux dans une

activité adaptée. Elle devait ainsi se voir allouer une rente d'invalidité. Elle voulait connaître les mesures de reconditionnement préconisées par l'expert rhumatologue, faute d'indication concrète. La remarque sur la possibilité d'augmenter la capacité de travail à 100% était incompréhensible, puisque l'assurée luttait depuis trois ans pour retrouver sa condition physique, notamment par la physiothérapie.

L'assurée estimait que l'établissement d'un projet de décision était prématuré en l'absence de diagnostic clair, des investigations étant en cours à cette fin. Elle requérait une décision d'octroi de rente.

Elle a produit les pièces suivantes :

- questionnaire rempli par la Dresse E_____ le 3 juin 2021, mentionnant une capacité de travail à petit pourcentage (20%), et dans lequel la praticienne signalait des douleurs chroniques diffuses, une fatigue chronique, une splénomégalie hétérogène et des infections uro-génitales à répétition. Il n'y avait pas d'investigations nécessaires au plan rhumatologique ;
- questionnaire rempli par le Dr C_____ le 4 juin 2021, selon lequel des douleurs articulaires et musculaires et la fatigue limitaient une reprise d'activité professionnelle pour l'assurée ;
- questionnaire rempli par le Dr F_____ le 8 juin 2021, donnant des indications sur le lymphœdème et les limitations fonctionnelles qu'il entraînait, précisant qu'au vu de l'asthénie et de la souffrance de l'assurée, la reprise d'activité n'était pas possible. Il n'était pas en mesure de dire si une reprise d'une activité mieux adaptée était possible ;
- questionnaire rempli par le Dr G_____ le 10 juin 2021, lequel se référait aux médecins traitants s'agissant de la capacité de travail et rappelait les symptômes psychiques qu'il avait déjà décrits.

q. Le 25 mai 2021, l'assurée a passé un nouveau bilan en raison de sa fatigue et ses douleurs aux HUG. Le docteur M_____ a noté qu'un diagnostic probable de syndrome douloureux chronique diffus de type fibromyalgie avait été retenu par ses confrères rhumatologues. Il n'y avait pas d'argument pour des maladies auto-inflammatoires ou auto-immunes, notamment une arthrite psoriasique. De récentes analyses de selles montraient une zonuline légèrement augmentée et une altération du microbiome intestinal. Plusieurs examens cliniques étaient en cours, et ceux déjà réalisés étaient normaux. Sur le plan pneumologique, un bilan des fonctions pulmonaires mettait en évidence un trouble ventilatoire restrictif avec un déficit ventilatoire de degré léger, et un trouble de la diffusion de degré léger.

r. Dans un courrier à l'OAI du 18 juin 2021, l'assurée a indiqué que des investigations médicales étaient en cours et qu'il y avait lieu d'en attendre les résultats. Elle lui a transmis un questionnaire rempli le 16 juin 2021 par la

doctoresse O_____, spécialiste FMH en médecine générale, qui concluait à une capacité de travail nulle.

s. Le 5 juillet 2021, l'assurée a transmis à l'OAI un courrier du 29 juin 2021 des docteurs J_____, P_____ et Q_____, mentionnant le diagnostic de syndrome douloureux chronique, le diagnostic étant celui de troubles à symptomatologie somatique avec douleur prédominante selon le DSM-5, de sévérité grave dans la mesure où l'assurée présentait trois symptômes du critère B, et chronique puisqu'il évoluait depuis plus de six mois. Une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, un traitement symptomatique de la douleur et un antidépresseur étaient proposés. Les limitations fonctionnelles étaient des symptômes respiratoires à type de dyspnée à l'effort, en lien avec la fatigue, et une restriction des activités de la vie quotidienne, même modérées. Le pronostic était réservé. Les investigations suivantes pouvaient être entreprises : recherche de maladie de surcharge pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse, la sensibilité aux infections et la splénomégalie. Compte tenu du retentissement fonctionnel sévère de ces atteintes, il paraissait difficile d'exiger un retour à l'activité professionnelle.

t. Dans un avis du 9 juillet 2021, le SMR a retenu que le trouble respiratoire mentionné par ces médecins de l'assurée n'était pas source de limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle, légère et en position assise. Il maintenait ainsi ses conclusions.

u. Par décision du 9 juillet 2021, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

B. **a.** L'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans), par écriture du 10 septembre 2021. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à la reconnaissance d'une invalidité depuis le 28 avril 2018 et à l'allocation d'une rente entière depuis le 1er avril 2019.

La recourante a affirmé que l'expertise comportait moult erreurs et imprécisions et que ses conclusions étaient arbitraires. Elle a rappelé les tests réalisés et les rapports des médecins. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 28 avril 2018 en raison d'un syndrome systémique douloureux de fatigue chronique. Elle peinait à réaliser les activités de la vie quotidienne. Tous ses médecins retenaient une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50% au plus. Partant, compte tenu d'un revenu sans invalidité en 2018 de CHF 90'350.- et d'un revenu avec invalidité à 50% de CHF 27'000.- (*sic*), le degré d'invalidité était de 70%, ce qui ouvrait le droit à une rente.

La recourante a notamment produit un résumé de polysomnographie établi par le laboratoire du sommeil des HUG du 29 juin 2021, révélant une insomnie de maintien abaissant l'efficacité du sommeil, une discrète diminution du sommeil lent profond, et une discrète augmentation du sommeil lent léger. Il n'y avait pas

de trouble respiratoire. La recourante avait eu un réveil prolongé la nuit en relation avec ses douleurs. Une pathologie intrinsèque du sommeil était exclue.

b. Dans sa réponse du 25 octobre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que les imprécisions dans l'expertise alléguées par la recourante ne suffisaient pas à lui ôter sa valeur probante. L'examen des indicateurs à l'aune de la nouvelle jurisprudence confirmait l'absence d'atteinte psychiatrique invalidante. S'agissant du rapport de polysomnographie du 29 juin 2021, l'intimé se ralliait à un avis du SMR du 11 octobre 2021, produit à l'appui de son écriture, lequel ne retenait pas d'élément nouveau ou en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée à la lumière de ce document.

c. Dans sa réplique du 15 février 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions. Ses critiques précises à l'encontre du rapport d'expertise étaient suffisantes pour nier sa valeur probante. Elle a ajouté qu'elle avait vu, le 21 janvier 2022, le professeur N_____, spécialiste en lymphologie en Belgique, qui avait posé le diagnostic de lymphœdème du membre inférieur gauche. Ce médecin avait recommandé des investigations, notamment une analyse génétique, et la recourante était en attente d'une consultation au CHUV. Partant, la décision litigieuse devait être annulée.

La recourante a notamment produit les pièces suivantes :

- divers rapports de consultation des HUG mentionnant des infections des voies urinaires ;
- rapport du Dr C_____ du 26 octobre 2021, évoquant notamment des infections des voies urinaires et rappelant les diagnostics posés, précisant que le diagnostic différentiel de fibromyalgie était posé en lien avec l'arthro-myalgie et l'asthénie d'origine indéterminée ;
- notes du Pr N_____ à la suite d'une consultation en 2021, indiquant que plusieurs points du bilan suggéraient une composante hématologique, une pathologie génétique étant possible ;
- notes du Pr N_____ à la suite d'une consultation du 31 janvier 2022 retenant que la lymphoscintigraphie confirmait le diagnostic de lymphœdème touchant le membre inférieur gauche, avec aplasie ganglionnaire inguinale partielle et insuffisance lymphatique fonctionnelle nette de ce côté ;
- demande d'analyse génétique constitutionnelle remplie par le Pr N_____.

d. Dans sa duplique du 10 mars 2022, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a produit un avis du 8 mars 2022, dans lequel le SMR a retenu que les infections urinaires, vaginales et ORL à répétitions, connues des experts, ne révélaient pas d'aggravation. La lymphoscintigraphie du 31 janvier 2022 ne faisait que confirmer le lymphœdème déjà diagnostiqué. La demande d'analyse génétique ne laissait rien entrevoir de ses résultats. En l'absence d'éléments ignorés des experts

ou en faveur d'une aggravation, les conclusions précédentes du SMR restaient valables.

e. Dans ses observations du 29 mars 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions, répétant qu'aucun diagnostic clair n'avait été posé. Aucun médecin n'avait mis en cause sa sincérité ou l'incidence de ses troubles sur son quotidien, aucune exagération n'étant retenue. Les médecins, notamment le Pr N_____, proposaient des investigations supplémentaires.

Elle a produit les pièces suivantes :

- rapport du 16 mars 2022 du service d'angiologie du CHUV concluant à la stabilité globale de son lymphœdème, dont les volumes étaient même légèrement en diminution par rapport au dernier bilan. Les médecins de ce service avaient expliqué à la recourante que la lymphoscintigraphie réalisée en Belgique confirmait le diagnostic du lymphœdème primaire. Cet examen ne modifiait pas la prise en charge, avec des drainages et le port de compressions bien tolérés. Ils avaient proposé une consultation en médecine interne afin de faire le point de la situation au sujet des résultats et bilans sanguins que la recourante leur avait présentés ;
- questionnaire rempli le 23 mars 2022 par le Dr C_____, mentionnant une évolution stable et retenant une incapacité de travail totale en raison des douleurs et de la fatigue.

f. L'OAI s'est déterminé le 12 avril 2022 en persistant dans ses conclusions. Il a produit un avis du SMR du 11 avril 2022, dont la position était inchangée en l'absence d'aggravation révélée par le Dr C_____ et le service d'angiologie du CHUV.

g. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante le 14 avril 2022.

EN DROIT

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

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

2. La novelle du 21 juin 2019 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dans la mesure où le présent recours n'était pas pendant à cette date, il est soumis au nouveau droit (art. 82*a* LPGA).

Quant aux modifications du 19 juin 2020 de la LAI, entrées en vigueur le 1er janvier 2022, elles ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable est en principe celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Les dispositions de la LAI seront ainsi citées dans leur teneur au 31 décembre 2021.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

5. En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (al. 2).

6.

6.1 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa

désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

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

7. Dans un arrêt concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part.

7.1 Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

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

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010

du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

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

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids

effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

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

7.2 La fibromyalgie est considérée comme faisant partie des atteintes psychosomatiques soumises à la grille d'évaluation normative et structurée développée par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.2).

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

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

8. En l'espèce, l'intimé a fondé ses conclusions sur l'expertise des Drs H_____, I_____ et J_____.

8.1 La recourante, dans son écriture du 10 septembre 2021, a contesté la valeur probante de cette expertise. Elle a notamment fait valoir que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas été posé clairement par les médecins qui l'avaient auscultée, et que l'expert l'avait retenu de manière péremptoire. Même à supposer que l'on puisse retenir ce diagnostic, l'incapacité de travail de 20% avait été retenue arbitrairement et était en parfaite contradiction avec les pièces du dossier. Les experts se devaient examiner la capacité de travail en lien avec cette maladie en application des indicateurs jurisprudentiels, et non sur la base de la seule appréciation de l'expert rhumatologue. Ils auraient dû expliquer comment ils concluaient à une capacité de travail de 70%, en contradiction flagrante avec l'appréciation de tous les autres médecins. Elle a également reproché aux experts d'avoir ignoré le diagnostic lié aux infections urinaires à répétition dont elle souffrait. Les experts ne mentionnaient pas les traitements antibiotiques qu'elle

prenait souvent. Les médecins lui avaient en outre expliqué que sa fatigue pouvait être expliquée par les infections à répétition. De plus, en avril 2021, on lui avait diagnostiqué des bactéries intestinales (traitées par probiotiques) qui pouvaient expliquer en partie sa fatigue. La recourante a allégué que l'expertise contiendrait un trop grand nombre d'erreurs pour se voir reconnaître de valeur probante. Dans ses observations du 14 juin 2021, elle a ainsi reproché aux experts d'avoir fixé le début de l'incapacité de travail à une date erronée, de s'être trompés sur le fait que la demande de prestations de l'assurance-invalidité avait en réalité été déposée par son employeur – elle avait simplement complété un formulaire par la suite – et sur l'atteinte motivant cette demande. Elle a en outre fait valoir que le lymphœdème primaire n'avait pas été diagnostiqué en juin 2018 mais en août 2016, et les douleurs n'étaient pas apparues à l'automne 2017, comme l'indiquaient les experts, mais en avril et mai 2018. S'agissant de la remarque des experts selon laquelle elle n'avait pas demandé à se lever durant l'entretien, elle a précisé qu'elle n'en avait pas eu besoin car les examinateurs lui avaient demandé plusieurs fois de se lever et de marcher, et qu'elle avait eu l'occasion de marcher un peu avant l'entretien avec le Dr I_____. Elle a contesté le qualificatif de fortuite s'agissant de la découverte de la splénomégalie, qui avait été diagnostiquée en raison de ses douleurs en mars 2018. Enfin, elle a reproché aux experts d'avoir noté qu'elle était traitée par le professeur L_____, qu'elle n'avait jamais consulté.

8.2 Ces critiques sont infondées. S'agissant des imprécisions dans la date de la survenance de l'incapacité de travail, on notera qu'elle s'explique également par le fait que le Dr B_____ a lui-même mentionné un début de la maladie en mai plutôt qu'en avril 2018. Ce point n'a quoi qu'il en soit pas d'incidence dans le cas d'espèce, au vu de l'incapacité de travail admise dès avril 2018 par les experts, pas plus que le point de savoir qui a initié les démarches auprès de l'intimé. La date à laquelle les douleurs sont apparues n'est pas non plus déterminante dans ce cadre, et la mention d'un diagnostic du lymphœdème en 2018 correspond au début du suivi spécialisé pour cette atteinte. Le fait que les experts n'aient pas mentionné les antibiotiques dans la liste des médicaments pris par la recourante ne prête pas flanc à la critique, dès lors qu'il ne s'agit pas là de traitements de fond pris de manière constante, mais de médications ponctuelles en réponse à des épisodes infectieux. Au sujet des infections, la recourante ne peut pas non plus être suivie lorsqu'elle reproche aux experts d'avoir ignoré ses infections urinaires répétées. En effet, ceux-ci ont expressément mentionné ce diagnostic. Quant au fait que les médecins traitants auraient expliqué à la recourante que les infections pouvaient expliquer sa fatigue, on ne trouve pas trace au dossier d'une telle hypothèse. Le Dr C_____ a, au contraire, qualifié l'asthénie d'origine indéterminée dans son rapport d'octobre 2021. De plus, aucun médecin n'a évoqué une incapacité de travail en lien avec ces infections, qui ne sont pas durables. L'hypothèse d'une origine bactérienne de la fatigue n'est pas non plus étayée par les rapports médicaux, le Dr M_____ n'ayant rien évoqué de tel dans

son rapport du 25 mai 2021. Les explications données par la recourante sur le fait qu'elle n'ait pas demandé à se lever durant les entretiens n'enlèvent rien à l'exactitude de la remarque des experts à ce sujet. La qualification de fortuite pour la découverte de la splénomégalie n'émane pas uniquement des experts mais ressort également du rapport de la Consultation de la douleur de janvier 2019. Le lien que la recourante fait entre cette atteinte et ses douleurs n'est d'ailleurs pas non plus établi par les rapports médicaux. S'agissant du fait que le Pr L_____ est cité parmi les médecins traitants par les experts, il s'agit d'une inexactitude liée au fait que celui-ci est un médecin-cadre du service de rhumatologie des HUG que la recourante consulte régulièrement. Ce point est quoi qu'il en soit sans portée dans l'appréciation de l'état de santé de la recourante. Le reconditionnement préconisé par l'expert rhumatologue a bien fait l'objet de propositions concrètes, contrairement à ce qu'allègue la recourante, puisqu'il a notamment évoqué les gestes d'épargne du rachis, les exercices de renforcement musculaire, le gainage et suggéré une perte de poids.

8.3 En ce qui concerne en particulier le diagnostic de fibromyalgie, que la recourante affirme être péremptoire, il découle des constatations cliniques de l'expert rhumatologue. Le Dr M_____ a d'ailleurs lui aussi mentionné un diagnostic de ce type dans son rapport du 25 mai 2021, également évoqué à titre de diagnostic différentiel par le Dr C_____ en octobre 2021. Par ailleurs, même s'il fallait retenir le diagnostic de trouble ou syndrome somatoforme douloureux plutôt que celui de fibromyalgie, cela n'aurait guère d'incidence concrète sur l'évaluation de la capacité de gain de la recourante, d'une part parce que les manifestations cliniques d'un trouble somatoforme douloureux sont pour l'essentiel identiques à celles d'une fibromyalgie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2), d'autre part parce que le caractère invalidant de ces atteintes s'apprécie selon les mêmes critères.

8.4 Sur le fond, l'expertise correspond aux tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux, dans la mesure où elle a été établie après que les experts ont pris connaissance du dossier de la recourante, de son anamnèse et recueilli ses plaintes. Ils ont procédé à des examens détaillés avant de poser leurs diagnostics, dont ils ont discuté les fondements. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont procédé, à l'issue de leurs examens individuels, à un consilium afin de l'établir de manière consensuelle. Ils se sont expliqués de certaines divergences avec les médecins traitants et ont motivé leurs conclusions. En ce qui concerne l'incidence des atteintes somatiques objectivées, les experts se sont ralliés aux conclusions du Dr F_____ quant aux répercussions du lymphœdème. Ils ont pour le surplus expliqué pourquoi ils ne retenaient pas d'incapacité de travail en lien avec la splénomégalie, étant souligné qu'aucun médecin traitant n'a admis de restriction de la capacité de travail à ce titre. Sur le plan psychique, on notera que le Dr G_____ n'a, à l'instar du Dr I_____, pas non plus articulé d'incapacité de travail.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'expertise analyse de manière conforme à la jurisprudence les indicateurs à l'aune desquels le caractère invalidant de troubles sans étiologie claire et de troubles psychiques doit être évalué. La recourante oppose à l'appréciation de sa capacité de travail par les experts celle de ses médecins traitants. Cela étant, l'incapacité de travail que retiennent ces derniers n'est guère motivée, et se réfère essentiellement à la fatigue et aux douleurs, qui n'ont pu être objectivées par aucune atteinte organique. Dans un tel cas, seule une analyse des indicateurs pertinents permet de déterminer de manière probante la capacité de travail et de gain d'un assuré. Or, les éléments retenus par les experts dans le cadre de cette analyse ne sont en soi pas contestés par la recourante, s'agissant notamment de ses ressources, des activités auxquelles elle peut encore s'adonner avec plaisir et du soutien de son entourage.

8.5 En ce qui concerne les éléments produits dans le cadre du recours, notamment les rapports du Pr N_____, ils ne révèlent pas d'atteinte nouvelle dont les experts n'auraient pas tenu compte – les médecins du service d'angiologie du CHUV l'ayant du reste confirmé dans leur rapport du 16 mars 2022.

La recourante affirme également que des investigations se poursuivent afin de trouver un diagnostic expliquant ses atteintes, et que la décision de l'intimé serait prématurée. Force est cependant de constater que malgré la batterie de tests que la recourante a subis, aucun des spécialistes consultés – soit des hématologues, des infectiologues, des immunologues et des rhumatologues – n'a été en mesure de poser un diagnostic expliquant ses troubles jusqu'ici. La Dresse E_____ était d'avis en juin 2021 qu'aucune investigation n'était nécessaire au plan rhumatologique. L'anomalie génétique suggérée par le Pr N_____ est une piste déjà explorée par le Dr C_____, le séquençage génétique n'ayant toutefois amené aucune explication aux troubles de la recourante. Aucun des éléments au dossier ne suggère que les examens qui se poursuivent seraient sur le point d'aboutir à un diagnostic probant, le bilan réalisé auprès du Dr M_____ n'ayant en particulier révélé aucun élément nouveau. Dans ces circonstances, on ne saurait surseoir indéfiniment à trancher le droit aux prestations de la recourante, dont l'état paraît stable selon les indications de la Dresse E_____ et semble même évoluer positivement s'agissant du lymphœdème.

8.6 Eu égard aux éléments qui précèdent, la chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions des experts, aux termes desquelles la recourante présente une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle, adaptée, depuis avril 2018.

Compte tenu de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans son ancienne activité, son degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail (cf. sur ce point arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et 5.2). Il s'élève ainsi à 30%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

La décision de l'intimé doit être confirmée.

9. Le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

La procédure en matière d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), la recourante supporte l'émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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