RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/348/2021 **ATAS/273/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 21 avril 2023

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT — recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1968, originaire de Biélorussie et arrivée en Suisse le 14 mars 1999, a exercé l'activité de secrétaire-comptable à mi-temps entre 2005 et 2008 auprès de l'association culturelle « B_____ », puis celle de comptable, de janvier 2009 à juillet 2010, auprès du département des finances de la Ville de Genève.

b. Elle est en arrêt de travail depuis le 19 janvier 2010.

B. **a.** Le 3 septembre 2018, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) d'une demande de prestations en raison d'une suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos (SED), de douleurs articulaires, musculaires et abdominales, d'une fatigabilité excessive, de vertiges, de difficultés à contrôler les mouvements, à rester debout ou assise plus de deux heures, et d'un trouble de la mémoire, étant précisé que l'atteinte existait depuis sa naissance, mais s'aggravait avec le temps.

b. Après avoir recueilli les rapports des médecins ayant suivi l'assurée, l'OAI a mandaté, pour expertise, le Bureau d'expertises médicales (BEM), soit pour lui les docteurs C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les Drs C_____ et D_____ ont retenu, dans leur rapport du 19 octobre 2020, le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire bénin, avec répercussion sur la capacité de travail, et celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), sans effet sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, la capacité de travail était de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail bras en l'air, pas de montées et descentes d'échafaudages ou de surcharge du rachis).

c. Le 27 octobre 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que, malgré le syndrome d'hypermobilité articulaire, la capacité de travail restait entière dans l'activité de comptable, avec toutefois une diminution de rendement de 20% et ce, depuis toujours.

d. Par décision du 20 décembre 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation. Le taux d'invalidité se confondant avec l'incapacité de travail n'était en effet que de 20% et donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

C. **a.** Le 1er février 2021, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente, sur la quotité de laquelle elle ne s'est toutefois pas prononcée. La recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise et

reproche aux experts de n'avoir ni évalué ses fonctions cognitives, ni tenu compte du SED.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 février 2021, a conclu au rejet du recours. Selon lui, le rapport d'expertise bidisciplinaire doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, les médecins traitants de la recourante se contentant de procéder à une appréciation différente de l'état de santé de leur patiente. Quant aux fonctions cognitives, elles ont été analysées dans le cadre de l'expertise mais elles n'ont pas révélé de limitations particulières.

c. Dans sa réplique du 1er avril 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions. Pour le surplus, elle a également contesté une décision rendue le 15 mars 2021, lui refusant la prise en charge de semelles plantaires orthopédiques.

La recourante produit un document rédigé par ses soins et récapitulant ses critiques à l'encontre du rapport d'expertise, ainsi qu'un rapport de la doctoresse E_____, médecin adjointe agréée au service de médecine génétique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), du 25 mars 2021.

d. Une nouvelle procédure a été ouverte s'agissant du recours contre la décision du 15 mars 2021 (A/1185/2021).

e. Par courrier du 12 avril 2021, la recourante a conclu à la jonction des causes A/348/2021 et A/1185/2021, demande que l'intimé a approuvée par écriture du 4 mai 2021, de sorte que, le 10 mai 2021, la Cour de céans a ordonné la jonction des causes A/348/2021 (refus de rente et de mesures professionnelles) et A/1185/2021 (refus de prise en charge des semelles orthopédiques) sous le numéro de cause A/348/2021.

f. Une audience d'enquête s'est tenue le 10 mars 2022.

Le docteur F_____, médecin praticien FMH, en charge de plusieurs patients atteints du SED, a expliqué avoir été surpris par les conclusions de l'expertise sur le plan psychiatrique. En effet, pour lui, l'atteinte psychiatrique domine le tableau, ce qui est d'ailleurs confirmé par les conclusions du rapport neuropsychologique de Madame G_____.

Sur le plan rhumatologique, le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire bénin, retenu par les experts, est inclus dans celui de SED-V. Le plan psychiatrique est dominant, de sorte que l'état somatique en est tributaire.

Le Dr F_____ évalue la capacité de travail de la recourante, au vu de la situation globale, à 20%, mais sans pouvoir se montrer catégorique et renvoie sur ce point à l'avis du psychiatre traitant, la doctoresse H_____.

A sa connaissance, deux médecins sont spécialistes du SED : la doctoresse I_____ à Lausanne (ancienne responsable de l'unité *ad hoc* du CHUV) et le docteur J_____, à Lavey-les-Bains.

Son suivi de la recourante lui permet de conclure à une invalidité, du fait de l'association du SED-V avec les comorbidités psychiques sur lesquelles il ne lui appartient pas de se prononcer, n'étant pas spécialiste.

Le score de BEIGHTON sert à déterminer si un patient présente une hyperlaxité ou non. Il y a hyperlaxité à partir d'un score de 5 sur 9. Les amplitudes articulaires mesurées suivantes permettent d'obtenir chacune un point : genoux : 2 points s'ils sont à 10 degrés d'extension ; coudes : 2 points s'ils sont à 10 degrés d'extension ; auriculaires : 2 points s'ils sont à 90 degrés d'extension ; pouces : 2 points s'ils touchent le radius ; position mains à plat sur le sol jambes tendues : 1 point supplémentaire, soit un total de 9 points.

La recourante a donc raison lorsqu'elle affirme que les amplitudes mesurées dans l'expertise (5 degrés aux coudes et 0 degré aux genoux) sont incompatibles avec un score de 9 sur 9. Les experts auraient dû conclure à un score de 7 sur 9. *De facto*, cela n'a pas une importance considérable, puisque cela reste de l'hyperlaxité, mais cela montre une incohérence dans l'expertise. Cela étant, l'appréciation des différents points reste subjective et peut varier d'un praticien à l'autre. Au demeurant, les docteurs K_____ et L_____ ont également obtenu un score de 9 sur 9, voire 8 sur 9. De toute façon, il n'est pas contesté qu'il y a hyperlaxité.

g. Le 5 mai 2022, la Cour de céans a entendu la Dresse H_____, qui suit la recourante depuis janvier 2019, à raison de deux fois par mois au début, puis d'une fois par semaine, et, depuis l'été 2021, une fois par mois, après amélioration du tableau psychique.

Elle conclut à un trouble anxio-dépressif secondaire à la maladie somatique, dont le tableau s'est amélioré après un suivi intense, mais non médicamenteux, car les médicaments psychotropes pourraient aggraver le tableau somatique (cela ressort de la littérature, mais également d'un courrier du médecin responsable du service du Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud [CHUV]). Les deux bilans psychologiques et neuropsychologiques ont montré une intelligence dans la limite supérieure, un peu d'anxiété, mais dans la norme, et surtout, une fatigabilité. Pour la psychiatre traitante, au mieux, la recourante peut exercer à 50-60%, peut-être dans une activité nécessitant moins de capacités de mémorisation que celle de comptable, qu'elle débuterait tout d'abord à 30-40%. Une augmentation progressive après trois mois s'impose, vu la longue durée d'inactivité, la recourante ne travaillant plus depuis 2010.

h. Le même jour, la Cour de céans a ordonné la disjonction des causes.

i. Le 10 mai 2022, le SMR a persisté dans ses précédentes conclusions, relevant notamment que, selon le Dr F_____, l'atteinte est principalement d'ordre psychiatrique et que, selon la Dresse H_____, la situation s'est améliorée, avec une capacité de travail de 30 à 40%, à augmenter progressivement.

j. Le 27 mai 2022, la recourante a fait les mêmes constatations.

k. Contactée par la Cour de céans, la Dresse I_____ a indiqué qu'elle n'était pas disponible pour procéder à une expertise, mais que le docteur M_____ pourrait s'en charger.

l. Par courrier du 28 mars 2023, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise bidisciplinaire et leur a communiqué la mission d'expertise ainsi que le nom des experts pressentis.

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. 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

4. 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 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

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

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport du BEM du 19 octobre 2020.

7.

7.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 6.2. mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

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).

8.

8.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

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

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

8.2.2 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; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8.2.3 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 ; 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).

8.2.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

9.

9.1 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; 126 V 353 consid. 5b; 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).

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

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

10.

10.1 En l'espèce, l'intimé a, par décision du 20 décembre 2020, rejeté la demande de prestations de la recourante, au motif que son degré d'invalidité, de 20%, était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. L'intimé s'est plus particulièrement fondé sur l'expertise bidisciplinaire du 19 octobre 2020 du BEM, réalisée par les Drs C_____ et D_____, dans laquelle ces médecins ont admis une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%.

C'est donc la valeur probante de ce rapport qu'il convient dans un premier temps d'examiner.

10.1.1 À titre liminaire, il convient de présenter le syndrome d'Ehler-Danlos.

Ce syndrome englobe un groupe varié de maladies congénitales du tissu conjonctif, qui sont actuellement subdivisées en 13 sous-types différents (cf. tableau publié par l'UNSED - Union Nationale des Syndromes d'Ehlers-Danlos ; https://unsed.org/differents-types-de-syndromes-dehlers-danlos-unsed/), ayant en commun une prédisposition défavorable du tissu conjonctif. En raison d'un défaut génétique, la structure du tissu conjonctif présente une altération pathologique. Le tissu conjonctif étant présent dans tout le corps, le SED est une maladie multisystémique qui implique, selon les individus, l'appareil locomoteur (os, articulations, tendons, ligaments, cartilages, muscles, fascias), la peau, les vaisseaux sanguins, les voies nerveuses, les organes internes, les organes sensoriels et même, dans de rares cas, les dents (cf. docteur Aylin CANBEK, Syndrome d'Ehlers-Danlos, publié en mars 2022, https://www.ligues-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/syndrome-dehlers-danlos).

Au niveau locomoteur, il en résulte une hypermobilité générale des articulations et une réduction de la capacité de charge physique, ce qui entraîne de graves troubles musculo-squelettiques chez de nombreuses personnes concernées – conduisant parfois à l'invalidité. En raison de l'implication des vaisseaux sanguins, les personnes atteintes du SED ont tendance à avoir des bleus et des saignements. La plupart du temps, il existe également un trouble de la cicatrisation avec formation de cicatrices atrophiques (cicatrices dépressives). Le SED fait partie des maladies rares : une personne sur 5000 environ est concernée. Les symptômes des personnes atteintes de SED sont nombreux et très variables et incluent notamment : articulations hyperextensibles (hypermobilité), déviations des

articulations et de la colonne vertébrale, luxations ou subluxations des articulations, blessures des parties molles (tendons déchirés, muscles déchirés), tendinites, bursites, douleurs aiguës et chroniques, tendance aux ecchymoses et aux saignements, fatigue, troubles de l'équilibre et de la coordination (troubles de la proprioception), etc.

Les maladies associées (comorbidités) possibles des personnes atteintes du SED sont aussi variées que les symptômes et englobent l'arthrose et l'ostéoporose, des syndromes douloureux chroniques, comme le syndrome de fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique (EM/SFC), la dépression, etc.

Le diagnostic est actuellement établi sur la base de critères datant de 2017, élaborés par un comité international d'experts. Une partie importante du diagnostic s'appuie sur les antécédents de la maladie et de la famille, les symptômes et l'examen clinique des personnes concernées. Pour 12 des 13 sous-types de SED, une analyse génétique aide à établir un diagnostic définitif. Dans le cas du type dit hypermobile, aucun gène causal n'a pu être identifié jusqu'à présent, de sorte que le diagnostic est posé uniquement sur la base de l'examen clinique (cf. docteur Aylin CANBEK, Syndrome d'Ehlers-Danlos, publié en mars 2022, https://www.ligues-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/syndrome-dehlers-danlos).

Selon le score de Beighton, les critères d'hyperlaxité de Beithton sont les suivants :

	Droite	Gauche
hyperextension des coudes supérieure à 10°	1	1
mise au contact du pouce et de l'avant-bras	1	1
extension des doigts supérieure à 90° ou extension du 5e doigt au-delà de 90°	1	1
hyperextension des genoux supérieure à 10°	1	1
flexion du tronc, genoux raides, permettant de toucher facilement le sol avec la paume des mains		1

10.1.2 Il y a lieu à présent d'examiner la valeur probante de l'expertise réalisée par le BEM eu égard à ce qui précède et aux plaintes de la recourante, laquelle évoque de la fatigue, des troubles de concentration, de mémorisation, ainsi que des douleurs articulaires (liées aux efforts) et musculaires (expertise p. 14).

Si, sur le plan formel, le rapport répond à plusieurs réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (résumé du dossier, anamnèse, indications subjectives de l'assurée, observations cliniques), il comporte de nombreuses incohérences et lacunes.

- Ainsi :
  - La liste des diagnostics retenus est incomplète. En effet, une IRM lombaire du 4 septembre 2019 a montré diverses atteintes à la colonne vertébrale, notamment une perte de hauteur des disques L4-L5 et L5S1, une arthrose interfacettaire postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1, une diminution de l'espace inter-épineux L3-L4 et L4-L5, en rapport avec « kissing spine », une diminution de l'espace entre le processus transverse droit L5 et l'aileron sacré droit, pouvant évoquer une anomalie de transition lombo-sacrée de type sacralisation L5 à droite selon Castellvi ; quant à l'IRM de la cheville droite, elle a montré un épaississement synovial postérolatéral à partir de l'interligne articulaire talo-calcanéenne postérieure avec des kystes arthrosynoviaux proéminents, le plus important mesuré à 8mm.

    Cependant, ces atteintes n'ont, à aucun moment, été retenues en tant que diagnostics.

    Pourtant, dans son rapport du 18 mars 2019, le Dr L_____ évoque des douleurs situées au niveau de la colonne dorsale haute et de la colonne lombaire.
  - Alors même que la recourante se plaint d'une importante fatigue et de douleurs chroniques, ces symptômes n'ont pas été examinés, encore moins pris en considération alors qu'il s'agit-là de symptômes du SED.
  - Le Dr C_____ n'explique pas pour quels motifs il s'écarte de l'appréciation du Dr L_____, lequel a retenu une capacité de travail partielle de 30 à 40% dans une activité permettant de changer régulièrement de position et d'éviter le port de charges lourdes.
- Il existe également des contradictions dans les propos des experts :
  - Le Dr C_____ mesure une extension des coudes à 5% et des genoux à 0% (expertise p. 21 et 22), mais retient un score de 9 sur 9 au test de Breigthon (expertise p. 23). Or, pour que 9 points puissent être retenus, l'hyperextension des coudes et des genoux doit être supérieure à 10° (voir tableau ci-dessus et audition du Dr F_____).

    On peut dès lors douter de la fiabilité de l'examen clinique effectué par le Dr C_____.
  - Le Dr C_____ retient, alternativement et sans fournir la moindre explication, que :
    - la capacité de travail de la recourante est de 100% dans l'activité habituelle de comptable (expertise p. 9) ;

- la capacité de travail de la recourante est entière, avec une diminution de rendement de 20% (ce qui revient à une capacité de travail de 80% ; expertise p. 12 et 13) ;
- que la recourante est capable de travailler 6 heures par jour dans son activité habituelle (ce qui correspond en réalité à une capacité de travail 75% ; expertise p. 25).

La capacité de travail retenue par le Dr C_____ oscille donc entre 75% et 100%.

- Les diagnostics ne sont pas motivés de manière convaincante.

  Ainsi, dans les chapitres, dans lesquels il est censé discuter des diagnostics, l'expert rhumatologue s'est limité à résumer certains rapports, dont il n'a au demeurant pas donné la date, de la Dresse E_____ ainsi que des Drs L_____ et K_____, évoquant le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire bénin tout en considérant que le tableau rhumatologique était très rassurant, sans répercussion sur la capacité de travail (« la capacité de travail est de 100% dans son domaine de prédilection, la comptabilité »).

  À nouveau, l'expert n'a pas discuté ce diagnostic de ses répercussions sur la vie professionnelle de la recourante.

- S'agissant de l'expertise psychiatrique, de nombreux reproches peuvent également être faits. Ainsi, le psychiatre part de la prémisse qu'il n'y a pas de réel substrat somatique aux plaintes de la recourante, ce que contredit toutefois le dossier. En effet, l'analyse biochimique des collagènes et microscopie électronique a permis de conclure à une atteinte du tissu conjonctif sans cependant pouvoir attribuer les anomalies observées à un type d'Ehlers-Danlos spécifique (cf. courrier de la Dresse E_____ du 2 décembre 2016). Suite à cela, les médecins des HUG ont procédé à des analyses moléculaires, lesquelles ont consisté dans la recherche de variants dans 11 gènes impliqués dans les atteintes du tissu conjonctif sans mettre en évidence de variant pathogène ou probablement pathogène dans les gênes analysés (cf. rapport d'analyses moléculaires du 19 octobre 2017). Cela signifie uniquement que les recherches génétiques n'ont pas montré d'altération de gènes en particulier, ce qui permet d'exclure la quasi-totalité des types du SED, à l'exception du type hypermobile, pour lequel justement la recherche n'a pas encore été en mesure d'isoler le gène atteint. Il n'en demeure pas moins qu'une atteinte du tissu conjonctif a été constatée chez la recourante et que l'hyperlaxité peut être mesurée. De plus, l'IRM lombaire et l'IRM de la cheville droite ont mis en évidence de nombreuses atteintes et altérations des zones explorées. Il est par conséquent fort réducteur de considérer qu'il n'y a pas de réel substrat somatique comme le fait le Dr D_____. L'expert psychiatre n'a pas non plus

expliqué les motifs pour lesquels il s'écartait des diagnostics psychiatriques retenus par le psychiatre traitant.

En réalité, il semble que les médecins du BEM se soient prononcés sur une maladie génétique rare, sans en connaître tous les aspects, en la traitant comme n'importe quelle autre maladie rhumatismale ou psychiatrique, sans prendre en considération les particularités du cas.

Dans ces conditions, la Cour de céans n'a d'autre choix que de considérer l'expertise du BEM comme non probante et d'ordonner une nouvelle expertise somatique et psychiatrique, qu'il convient de confier aux docteurs J_____, médecin chef au service de chirurgie orthopédique et réadaptation physique de Lavey-les-Bains, et N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise de Madame A_____. Commet à ces fins les docteurs J_____, médecin chef au service de chirurgie orthopédique et réadaptation physique de Lavey-les-Bains, et N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à Aigle.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr L_____ et la Dresse H_____.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

II. Charge le Dr J_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail, avec dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail, avec dates d'apparition

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

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis septembre 2018 ?

4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant

ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.7 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ?

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

4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic, avec dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

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

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis septembre 2018 ?

6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.3 En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ?

7.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec le contenu et les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du bureau d'expertises médicales (BEM) du 19 octobre 2020, notamment avec la partie relative à votre spécialité et l'appréciation générale interdisciplinaire ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr L_____, notamment des 7 et 18 mars 2019 ainsi que de la Dresse E_____ du 25 mars 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

III. Charge le Dr N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail, avec dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail, avec dates d'apparition

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

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis septembre 2018 ?

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

4.6 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ?

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

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic, avec dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ?

En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

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

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis septembre 2018 ?

9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.3 En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ?

10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec le contenu et les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du BEM du 19 octobre 2020 notamment avec la partie relative à votre spécialité et l'appréciation générale interdisciplinaire ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse H_____ du 18 avril 2019 et ses déclarations lors de l'audience du 5 mai 2022 ? En particulier

concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

12. **Quel est le pronostic ?**

13. **Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

14. **Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.**

IV. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

V. Invite les experts à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

VI. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière — La présidente

Christine RAVIER — Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le