RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3590/2020 **ATAS/1148/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 novembre 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1969, originaire du Kosovo, est arrivée en Suisse en 2006 et a été naturalisée en 2018. Elle a travaillé en dernier lieu en qualité d'employée de blanchisserie jusqu'au 20 août 2011.

b. Le 27 septembre 2012, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison d'un état dépressif et d'un syndrome de la coiffe des rotateurs.

L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire, comportant des volets en médecine interne, psychiatrie et rhumatologie, au Centre d'Expertise Médicale (ci-après: CEMed).

Dans un avis du 12 juin 2015, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a conclu, sur la base de l'expertise, que l'activité de blanchisseuse n'était plus exigible depuis le mois d'août 2011, mais que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis juillet 2012.

Par décision du 1er septembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente, au motif que le degré d'invalidité, fixé à 10%, était insuffisant. Cette décision est entrée en force.

c. Le 18 octobre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité, alléguant des lombalgies non déficitaires chroniques et une dépression.

Dans un avis du 20 octobre 2017, le SMR a considéré que les rapports médicaux produits ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

Par décision du 8 février 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, considérant que cette dernière n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 1er septembre 2015.

Par arrêt du 13 mars 2019 (ATAS/204/2019), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assurée, confirmant que les rapports au dossier ne rendaient pas plausible une aggravation des troubles depuis la décision du 1er septembre 2015.

B. a. Le 23 septembre 2019, l'OAI a réceptionné une troisième demande de prestations de l'assurée.

Il a reçu plusieurs pièces, dont des rapports des 22 juillet 2019 et 30 mars 2020 de la psychiatre traitante, des rapports des 30 septembre et 16 octobre 2019 d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), des rapports relatifs à un scanner cérébral réalisé le 7 février 2019, à une échographie du genou gauche du 17 juin 2019 et à des radiographies des deux genoux du 7 janvier 2020, un rapport de consultation du 18 octobre 2019 en raison de gonalgies bilatérales, un rapport du 9 juillet 2019 d'une spécialiste en rhumatologie, un rapport du 26 septembre 2019

d'un neurologue et un rapport du 17 février 2020 d'un spécialiste en médecine physique et réadaptation suivant l'assurée aux HUG.

b. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant des volets en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, laquelle a été confiée à Swiss Medical Expertise (ci-après : SMEX SA). Les experts ont rendu leur rapport le 30 juillet 2020.

Dans un avis du 18 août 2020, le SMR a conclu, sur la base du rapport d'expertise, que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis la dernière décision sur le fond.

c. Par décision du 5 octobre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 août 2020 et considéré que la situation de l'assurée ne s'était pas modifiée depuis sa décision du 1er septembre 2015. La capacité de travail de l'intéressée demeurait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce depuis juillet 2012. Ainsi, son taux d'invalidité s'élevait toujours à 10% et des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

C. a. Par acte du 5 novembre 2020, l'assurée, représentée par un avocat, a interjeté recours contre la décision du 5 octobre 2020. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle avait droit à une rente entière. Subsidiairement, elle a conclu à ce qu'une expertise rhumatologique, psychiatrique et neurologique soit ordonnée. La recourante a notamment produit un rapport du 4 octobre 2020 d'un neurologue.

Le 14 décembre 2020, l'intéressée a complété son recours, communiquant un rapport du 28 octobre 2020 de son ORL et un rapport du 6 novembre 2020 d'un médecin-praticien qui la suivait depuis octobre 2019. En substance, elle a contesté la valeur probante de l'expertise, en particulier sous l'angle ORL, et fait valoir que la sévérité de ses atteintes, incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle, justifiait de compléter l'instruction.

b. Dans sa réponse du 12 janvier 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et s'est référé à un avis du SMR du 7 janvier 2021, considérant que les nouvelles pièces présentées par l'intéressée ne modifiaient pas sa dernière appréciation du cas.

c. Par écriture du 15 février 2021, la recourante a maintenu ses conclusions et produit un certificat du 29 janvier 2021 de sa psychiatre.

d. Le 2 mars 2021, l'intimé a également persisté et s'est fondé sur un nouvel avis rendu par le SMR le 12 mars 2021.

e. En date du 6 avril 2021, la recourante a maintenu sa demande d'expertise ORL. La gravité de ses troubles ORL influait négativement sur sa capacité de travail, problématique qui n'était pas ou que peu abordée par l'expertise de SMEX SA. Le rapport de sa psychiatre démontrait en outre les conséquences de ces troubles sur son état psychique. Elle a versé à la procédure un rapport neurologique du

10 février 2021, ainsi que des rapports relatifs à des examens de ses genoux pratiqués en décembre 2020 et janvier 2021.

f. Le 20 avril 2021, l'intimé a estimé qu'une expertise ORL était inutile, et produit un nouveau rapport du SMR du 13 avril 2021, rappelant que les experts n'avaient pas mis en évidence d'anomalies neurologiques ou ORL.

g. Par écritures des 28 avril et 29 juin 2021, la recourante a persisté et transmis des rapports des 7 avril 2021 de son médecin-traitant et 30 avril 2021 suite à un bilan radiologique de la colonne vertébrale.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé, étant rappelé que le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel lui a été nié par décision du 1er septembre 2015, entrée en force.

6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation

sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 ; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et

qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

8. 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).

9. a. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

11. 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).

12. a. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 5 octobre 2020, l'intimé a retenu que la situation de la recourante ne s'était pas modifiée depuis la décision initiale du

1er septembre 2015 qui retenait un degré d'invalidité de 10% et que la capacité de travail de la recourante était restée entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de sorte que le taux d'invalidité demeurait inchangé.

Cette décision est basée sur l'avis du 18 août 2020 du SMR, lui-même fondé sur le rapport d'expertise du 30 juillet 2020 de SMEX SA.

b. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise, qu'elle considère inexacte et incomplète, et se réfère aux nombreux rapports des spécialistes qui la suivent, notamment sur les plans psychiatrique, neurologique et ORL.

13. L'expertise confiée à SMEX SA a été menée par les doctoresses B_____, spécialiste FMH en médecine interne, et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie

Dans leur rapport du 30 juillet 2020, les expert·e·s ont retenu, à titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un status post chirurgie de l'épaule droite avec ténotomie, acromio-plastie et suture tendineuse le 2 mars 2012, un syndrome de dysbalance musculaire lombaire et un status de gonarthrose modérée des deux genoux. Ils ont également diagnostiqué, sans effets sur la capacité de travail, des troubles mixtes de la personnalité à traits histrioniques, narcissiques et émotionnellement labiles (F61.0), une obésité modérée associée à un déconditionnement physique, des allergies médicamenteuses, un tabagisme actif compliqué par un emphysème pulmonaire avec un syndrome obstructif léger à modéré, un hydrops labyrinthique de l'oreille gauche, un épaississement de la paroi de la bifurcation carotidienne droite, sans athéromathose, une reflux gastro-œsophagien traité actuellement, un kyste de l'ovaire droit, des troubles urinaires avec une suspicion d'insuffisance sphinctérienne intrinsèque et sténose urétrale, une septoplastie, turbinoplastie inférieure bilatérale pour obstruction nasale et déviation septale en mai 2014, un trouble du rythme QTC long, une tachycardie aigüe et des douleurs thoraciques atypiques en 2013, une cholécystectomie en 2018.

D'un point de vue rhumatologique, l'évolution était satisfaisante depuis une infiltration de l'épaule gauche et des injections d'acide hyaluronique dans les deux genoux. L'examen ne mettait en évidence aucune symptomatologie incapacitante et la gonarthrose et la tendinopathie mentionnées dans le dossier étaient complètement résolutives au jour de l'expertise. Il était retrouvé un syndrome de dysbalance musculaire banale au niveau lombaire et un status post chirurgie de l'épaule droite, stabilisé. Du point de vue de la médecine interne, il n'y avait pas de déficit ou de limitation fonctionnelle. Au niveau psychiatrique, les troubles psychiques étaient légers, étant relevé que l'expertisée se montrait intelligente, avec de bonnes capacités de mémoire, de concentration et de vigilance. Un cadre professionnel lui permettrait de mieux se structurer. L'observation clinique était la même que celle de l'expertise de 2015. Du point de vue interdisciplinaire, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, était considérée légère en respectant le profil d'effort.

La capacité de travail avait toujours été entière, d'un point de vue psychiatrique et de médecine interne, dans toute activité. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était nulle depuis mars 2012 dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée depuis septembre 2012, soit 6 mois après l'intervention de mars 2012, en dehors des brèves périodes d'hospitalisation ou de prise en charge pour les genoux et l'épaule gauche. Concernant les limitations fonctionnelles, induites par les seuls troubles rhumatologiques, l'intéressée devait alterner les positions assise et debout, ne pas porter de charges de plus de 5 kg près du corps, éviter les activités demandant une sécurité augmentée comme monter ou descendre des échafaudages, les activités demandant une position agenouillée ou accroupie, la marche sur les terrains accidentés, la montée et la descente des escaliers, les échelles et toute activité qui surchargeait le rachis dans sa totalité.

14. La chambre de céans constate à titre liminaire que le rapport d'expertise ne contient pas une liste des pièces communiquées aux expert·e·s, mais uniquement un résumé du dossier proposé par le SMR, lequel constitue l'annexe 1 du rapport. On ignore donc si les expert·e·s ont eu accès au dossier complet de la recourante, en particulier aux documents radiologiques. Cette incertitude résulte également du fait que les expert·e en médecine interne et en rhumatologie n'ont pas du tout discuté des rapports au dossier, seule la psychiatre experte s'est brièvement déterminée sur certains rapports de ses confrères.

    Elle relève également que « l'évaluation consensuelle » n'en est pas réellement une, chaque expert·e ayant pour l'essentiel rappelé ses propres conclusions, sans analyse les éventuelles interférences entre les différentes atteintes (expertise p. 5). L'appréciation globale du « degré d'invalidité » (expertise p. 6) n'est en outre pas du tout argumentée. Dès lors que plusieurs médecins ont souligné que les interactions entre les nombreuses atteintes somatiques ainsi que les troubles psychiques réduisaient notablement la capacité de travail, un examen minutieux était attendu des expert·e·s.

15. a. Au niveau ORL, la recourante fait en substance valoir qu'elle souffre de crises vertigineuses depuis 2019, crises qui ont été mises en relation avec une probable maladie de Ménière dès le mois de septembre 2019. Dans ce contexte, les troubles cochléo-vestibulaires, les acouphènes, la baisse globale de l'acuité auditive et les crises vertigineuses méritaient d'être investigués sous l'angle ORL afin de confirmer ou d'écarter le diagnostic de la maladie de Ménière.

    b. Il ressort des pièces du dossier que le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, a noté qu'il n'y avait pas d'atteinte neurologique focale proprioceptive ou cérébelleuse en faveur d'une atteinte vestibulaire centrale, ni signe d'insuffisance vertébro-basilaire jusqu'en intracrânien. L'anamnèse et l'examen clinique faisant suspecter une origine vestibulaire périphérique aux vertiges position-dépendants associés à un nystagmus horizonto-rotatoire, la patiente était adressée à un spécialiste en ORL (rapport du 26 septembre 2019).

Le docteur F_____, spécialiste FMH en ORL, a attesté d'une pathologie vertigineuse entrant dans le cadre d'une maladie de Ménière, évoluant depuis 6 mois environ. L'intéressée avait rapporté une violente crise vertigineuse récente et l'installation progressive, depuis le mois de mars 2019, de troubles cochléo-vestibulaires associant des vertiges sous forme d'instabilité, des acouphènes à type de bourdonnement et une baisse globale de l'acuité auditive. Le bilan audiométrique retrouvait une hypoacousie endocochléaire, moyenne, bilatérale, prédominante à droite avec distorsion sonore, diplacousie et sensation de plénitude d'oreille. L'examen VDN (pour vidéonystagmogramme) rapportait une légère hypovalence labyrinthique gauche compatible avec un hydrops labyrinthique. Les troubles de l'équilibre étaient responsables de l'installation d'un « syndrome anxiogène » rendant les déplacements plus difficiles (rapport du 16 octobre 2019).

Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr F_____, établi postérieurement à la décision litigieuse mais se rapportant à une consultation antérieure, de sorte que ce document peut être pris en considération. En substance, l'ORL a confirmé la persistance des troubles et indiqué que le bilan audiométrique réalisé en août 2020 était superposable à celui d'octobre 2019. Le déficit vestibulaire droit était par ailleurs confirmé par le test de Halmagyi. Le traitement de Betaserc avait été complété par du Rivotril. Ce médecin a considéré que la sévérité des troubles de l'équilibre était incompatible avec une reprise d'une quelconque activité professionnelle (rapport du 28 octobre 2020).

La recourante a également transmis un rapport rendu après la décision litigieuse par le docteur G_____, médecin praticien FMH, relatif aux affections qu'elle présentait avant le prononcé de la décision du 5 octobre 2020. Ce médecin a suggéré de compléter l'expertise au niveau ORL, afin de retenir ou d'écarter le syndrome de Ménière évoqué par le neurologue traitant, ajoutant qu'une telle atteinte entraînait une limitation de la capacité de travail, voire une totale incapacité de travail en raison des violents vertiges associés à des acouphènes et une perte auditive (rapport du 6 novembre 2020).

c. La chambre de céans constate tout d'abord que l'experte en médecine interne, laquelle ne dispose pas de compétences spécifiques en ORL, a retenu le diagnostic d'hydrops labyrinthique « de l'oreille gauche » (expertise p. 19), ce qui paraît d'emblée incomplet puisque l'hypoacousie endocochléaire est bilatérale et prédominante à droite, comme révélé par le bilan audiométrique de l'ORL. De plus, la Dresse B_____ n'a pas mentionné la maladie de Ménière, qui est caractérisée par des épisodes récidivants de vertige associés à des fluctuations de l'audition, des acouphènes et une sensation de plénitude dans l'oreille atteinte. L'hydrops labyrinthique consiste en une hyperpression dans l'oreille interne, hyperpression qui a pour effet une sécrétion trop importante d'endolymphe ou un problème de réabsorption. Même s'il ne permet pas d'expliquer toutes les manifestations de la maladie, l'élargissement de l'espace endolymphatique – ou hydrops endolymphatique (HE) – en est une caractéristique histologique classique. Les

hydrops endolymphatiques peuvent apparaître comme une maladie de Ménière à part entière ou donner des formes intermédiaires caractérisées par un déséquilibre sans perte auditive ou seulement par une perte auditive fluctuante avec une sensation d'oreille remplie à cause de la présence trop importante d'endolymphe (https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-621/maladie-de-meniere-hydrops-endolymphatique-et-irm) ; L'hydrops labyrinthique - Amplifon). Le diagnostic retenu dans l'expertise ne paraît donc pas nécessairement inclure les troubles cochléo-vestibulaires et l'hypoacousie. Enfin, selon les pièces au dossier, l'hydrops labyrinthique de l'oreille gauche a seulement été évoqué par le Dr F_____, sans avoir été confirmé.

En outre, l'appréciation de la Dresse B_____ ne repose ni sur un examen complet, ni sur une étude approfondie du dossier. En effet, l'experte s'est limitée à un examen clinique des plus sommaire sur le plan ORL, constatant uniquement que les tympans et la gorge étaient « calmes », et qu'il n'y avait pas de syndrome vestibulaire, en particulier de syndrome vertigineux avec des troubles de l'équilibre « de façon spontanée » (expertise p. 18 et 20). Elle ne semble donc pas avoir procédé à des tests spécifiques, dont la manœuvre d'Halmagyi ou l'épreuve de Romberg. Elle ne s'est pas non plus prononcée sur le contenu du rapport de l'ORL traitant, lequel a pourtant procédé à des bilans complets.

Enfin, l'appréciation de l'experte, qui a considéré que les troubles ORL n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail, est dépourvue de tout motivation et en totale contradiction avec les avis de l'ORL traitant et du médecin-traitant. Il est rappelé que les symptômes dont souffre la recourante persistent en dépit du traitement administré (expertise p. 14). Le Dresse B_____ ne pouvait pas conclure, sans même solliciter l'avis d'un confrère ORL, que ces troubles persistants, objectivement constatés par le Dr F_____, n'entrainaient aucune restriction et n'avaient aucun impact sur la capacité de travail.

d. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que des investigations complémentaires sur le plan ORL sont indispensables, ce qui justifie d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction.

16. a. Au niveau rhumatologique, bien que la recourante n'ait pas émis de griefs particuliers, la chambre de céans constate que l'expertise est critiquable à de nombreux égards.

b. Le rapport de l'expert rhumatologue contient plusieurs erreurs et contradictions, et ce médecin n'a pas tenu compte des plaintes de la recourante.

À titre d'exemple, le Dr D_____ a affirmé qu'il n'y avait pas de modification de l'état de santé (expertise p. 61) depuis la décision initiale, ce qui est manifestement inexact. La décision du 1er septembre 2015 était fondée sur l'expertise du CEMed. Dans leur rapport du 4 février 2015, les experts avaient retenu, à titre de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, une tendinopathie bilatérale de la

coiffe des rotateurs avec status post-opératoire le 2 mars 2012 du côté droit. Ils avaient également relevé, à titre d'atteintes sans effet sur la capacité de travail, des céphalées, des troubles statiques modérés du rachis, une surcharge pondérale, une gastrite traitée, des troubles urinaires, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen sans syndrome somatique prenant une forme chronique (F33.10), d'autres troubles anxieux (F41.8) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Or, le Dr D_____ a admis le diagnostic de gonarthrose modérée touchant les deux genoux, avec des répercussions sur la capacité de travail (expertise p. 56) et fait état de limitations fonctionnelles en lien avec cette pathologie, l'intéressée devant notamment éviter les positions agenouillée et accroupie, la marche en terrain accidenté, les montées et descentes d'escaliers et d'échelles (expertise p. 58). Ces troubles et restrictions n'existaient pas lors de l'expertise du CEMed du 4 février 2015.

De plus, le Dr D_____ semble se contredire puisqu'il a considéré que son examen ne mettait en évidence aucune symptomatologie incapacitante et que la gonarthrose et la tendinopathie mentionnées dans le dossier étaient « complètement résolutives » au jour de l'expertise (expertise p. 60), alors qu'il a diagnostiqué un status post chirurgie de l'épaule droite le 2 mars 2012 et un status de gonarthrose modérée des deux genoux, troubles qui avaient une incidence sur la capacité de travail.

L'expert n'a manifestement pas tenu compte des déclarations de la recourante. Il a retenu que son examen était « satisfaisant », ne mettant en évidence aucune « symptomatologie active » au niveau des épaules et des genoux « (pas de signe de décompensation hydarthrosique) » (expertise p. 56), que l'évolution était satisfaisante « depuis une infiltration de l'épaule gauche et des injections d'acide hyaluronique dans les deux genoux » (expertise p. 57). Toutefois, il ressort de son entretien et de l'anamnèse que la recourante lui avait déclaré que le résultat de la ponction du genou gauche et de l'injection d'ampoules de cortisone avaient eu un résultat peu concluant puisqu'elle gardait des douleurs persistantes et qu'elle n'arrivait pas à marcher correctement (expertise p. 47), et qu'elle signalé des douleurs aux niveaux des épaules, surtout à gauche (expertise p. 48). L'expert a retenu des divergences car la recourante s'était présentée avec des cannes qu'elle avait laissées dans la salle d'attente et avait marché « plus d'une dizaine de mètres sans difficulté ». Il n'avait pas retrouvé de steppage ou de boiterie, elle était restée assise 55 minutes sans montrer de gêne douloureuse ou demander à pouvoir changer de position (expertise p. 58). Ces éléments ne suffisent pas à écarter les plaintes de la recourante, ce d'autant plus que l'expert a considéré qu'il n'y avait ni exagération, ni simulation avérée ou ressentie, seulement une « légère autolimitation » (expertise p. 58). On relèvera encore que les pièces au dossier confirment l'échec de l'infiltration du genou gauche, avec la persistance des douleurs et une boiterie à la marche (rapport de consultation du 18 octobre 2019).

c. La chambre de céans constate encore que le rhumatologue n'a pas du tout discuté de nombreux rapports résumés dans l'annexe de l'expertise et qui font état de plusieurs troubles.

Ainsi, des radiographies des colonnes dorsale et lombaire ont mis en évidence des ostéophytes sur D7 et D8, et sur de L3-L4 et L5 (rapport du 10 août 2015).

Le docteur H_____, radiologue, a retenu que l'IRM de la colonne lombaire du 1er octobre 2015 avait mis en évidence une herniation discale L5-S1, paramédiane et récessale à droite, associée à une hyperintensité de signal linéaire compatible avec une rupture de l'anneau fibreux (rapport du 2 octobre 2015).

Suite à une consultation spécialisée de la colonne vertébrale, le docteur I_____, chef de clinique du département de chirurgie des HUG, a conclu que la lombalgie mécanique dont souffrait la recourante était en relation avec l'antéversion exagérée du bassin, ce qui augmentait les contraintes au niveau de la charnière lombo-sacrée. Ceci était lié aux raccourcissements pathologiques des muscles ilio-psoas. La discopathie L5-S1 n'était que la pointe de l'iceberg et la conséquence du manque de la mobilité de ses hanches (rapport du 19 novembre 2015).

Toujours à titre d'exemple, le docteur J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué une rhizarthrose avec effet sur la capacité de travail (rapport du 17 février 2020).

L'expert rhumatologue n'a retenu aucun de ces diagnostics, sans expliquer les raisons pour lesquelles il conviendrait de les écarter.

d. C'est le lieu de relever que l'expert rhumatologue a indiqué qu'il n'y avait pas de diminution de l'acuité auditive (expertise p. 55), ce qui permet de douter que ce spécialiste a réellement pris connaissance de l'entier du dossier de la recourante.

17. a. Au niveau psychiatrique, la recourante a reproché à l'experte d'avoir douté du bien-fondé des explications claires et circonstanciées de sa psychiatre traitante.

b. Le dossier de la cause comporte plusieurs rapports relatifs à l'état de santé psychique de l'intéressée, dont le rapport du 30 mars 2020 de la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans ce rapport détaillé et établi peu de temps avant l'expertise, la psychiatre traitante a diagnostiqué une phobie d'impulsion (F42.0), un stress post-traumatique (F43.1), un trouble anxieux généralisé (F41.1), une agoraphobie (F40.0), un trouble de la personnalité avec une composante de schizoïde ou de schizotypie, des troubles du sommeil, un trouble anxio-dépressif mixte (F41.2), diagnostics qu'elle a brièvement étayés d'exemples. Elle a rappelé les antécédents de sa patiente et présenté une anamnèse, puis renseigné sur le status psychiatrique lors de son examen du 16 mars 2020 et le traitement entrepris.

La recourante a produit un rapport du 29 janvier 2021 de la doctoresse L_____, psychiatre et psychothérapeute, consultée depuis le 11 décembre 2020. Ce

document, en tant qu'il concerne son état de santé après le prononcé de la décision litigieuse, n'est pas déterminant.

c. L'experte psychiatre a retenu le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité à traits histrioniques, narcissiques et émotionnellement labiles (F61.0) (expertise p. 35). Elle a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le CEMed en 2015, au motif que ce trouble impliquait des périodes de rémission de l'état thymique, ce qui faisait en l'occurrence défaut (expertise p. 35 et 36). Cette argumentation ne convainc pas car l'état de santé psychique de la recourante a connu plusieurs périodes d'amélioration, qui n'ont pas été analysées par l'experte. Ainsi, les médecins du CEMed avaient retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, alors que la Dresse K_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (rapport du 4 avril 2018). La psychiatre traitante a confirmé que sa patiente avait retrouvé une stabilité dès mars 2016 et que les séances s'étaient alors espacées, jusqu'à la fin de l'année 2019. Depuis le début de l'année 2020, la recourante relatait un état de mal-être et des troubles du sommeil malgré la prise quotidienne du traitement, ce qui a justifié deux modifications successives de ce dernier (rapport du 30 mars 2020) et l'augmentation de la fréquence des séances, à raison d'une fois par semaine depuis 2020. De plus, la plupart des rapports au dossier relatifs à l'état de santé psychique de la recourante font état de trouble ou d'épisode dépressif (cf. notamment rapports des 28 novembre 2012 du Département de santé mentale et psychiatre des HUG, 26 avril 2013 de la doctoresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du CAPPI, 21 août 2014 de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, expertise du CEMed du 4 février 2015, rapports des 8 octobre 2015, 4 avril 2018 et 30 mars 2020 de la Dresse K_____). Le fait que, comme l'a indiqué l'experte, les troubles mixtes de la personnalité rendaient également compte de l'élément dysthymique (expertise p. 36) ne suffit pas à écarter l'existence d'un trouble dépressif. Il sied d'ailleurs de relever que l'experte n'a pas recouru aux échelles usuellement utilisées pour évaluer les symptômes dépressifs, ni n'a examiné les critères diagnostiques du trouble dépressif récurrent. Elle s'est limitée à en écarter certains, expliquant par exemple ne pas avoir constaté d'anhédonie (expertise p. 37). Mais les déclarations de la recourante ne font état d'aucun loisir, les activités du quotidien se résumant à la réalisation de quelques tâches ménagères, à regarder la télévision et à faire quelques exercices pour le genou sur son vélo. Elle n'a pas envie de sortir et n'aime pas la lumière (expertise p. 29, 30, 32). S'agissant du sentiment de culpabilité, l'experte semble se contredire car elle l'a exclu dans son commentaire concernant le rapport du 4 avril 2018 (expertise p. 37), mais a indiqué, dans sa remarque relative au rapport du 22 juillet 2019, qu'il était probable qu'une certaine dimension de culpabilité revienne sous forme d'anxiété (expertise p. 37). Pour le reste, il sera rappelé que la recourante a déclaré être déprimée, triste et ne pas avoir le moral, ne pas avoir d'amis dans la communauté, qu'elle prenait un traitement pour parvenir à s'endormir, se disait très fatiguée et fatigable. Les conclusions de l'experte quant au diagnostic apparaissent ainsi insuffisamment

motivées pour écarter un trouble attesté de longue date par plusieurs spécialistes qui ont suivi la recourante de façon régulière.

À cet égard, il est étonnant que la Dresse C_____ n'ait pas pris la peine de s'entretenir avec la psychiatre traitante, alors qu'elle a suggéré l'arrêt de la médication antidépressive (expertise p. 39). Il est également surprenant que l'experte ait indiqué dans son appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, que l'intéressée ne rencontrait aucun problème pour se déplacer ou pour évoluer au sein d'un groupe (expertise p.40), alors que le dossier atteste de difficultés de déplacements en raison des vertiges et que l'intéressée ne côtoie que quelques membres de sa famille.

La Dresse C_____ a considéré que les nombreux diagnostics posés par la psychiatre traitante dans son rapport du 30 mars 2020 (dont une phobie d'impulsion, un stress post-traumatique, un trouble anxieux généralisé, une agoraphobie, un trouble de la personnalité avec une composante de schizoïde ou de schizotypie, des troubles du sommeil, un trouble anxio-dépressif mixte), rendaient cette observation « hautement invraisemblable » (expertise p. 38). L'experte ne pouvait nier sans autre argumentation les diagnostics posés et discutés par la psychiatre traitant qui suivait la recourante depuis novembre 2015, dont certains ressortent également d'autres rapports.

On relèvera encore que la Dresse C_____ n'a semble-t-il pas jugé utile de se procurer des rapports qui ne font pas partie du dossier de l'intimé, mais qui sont cités dans d'autres documents. À titre d'exemples, la Dresse K_____ a mentionné un rapport de la Consultation ambulatoire des HUG du 20 août 2008 (cf. rapport du 22 juillet 2019), document qui n'a pas été résumé par le SMR dans l'annexe. Il semble toutefois revêtir une certaine importance puisqu'il y est diagnostiqué un état de stress post-traumatique, confirmé par la psychiatre traitante. On pourra également relever que la psychiatre traitante a précisé que sa patiente avait été suivie au CAPPI, mais on ignore tout de cette prise en charge.

d. Par conséquent, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise n'est pas probant non plus en ce qui concerne le volet psychiatrique.

18. Compte tenu du fait que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure démontrent que l'état de santé somatique de la recourante s'est modifié depuis le rapport d'expertise, l'instruction de l'intimé devra également porter sur les nouvelles atteintes.

De façon non exhaustive, la chambre de céans relèvera que le Dr E_____ avait retenu le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral à nette prédominance sensitive et myélinique, léger à modéré (rapport du 4 octobre 2020), puis a signalé des signes de neuropathie du nef médian droit carpe, modérée, à nette prédominance sensitive et myélinique, une atteinte myélinique relative persistante du nerf médian gauche au carpe sur l'index, ainsi que des épisodes de paresthésie aux pieds (rapport du 10 février 2021). Une indication opératoire a été retenue pour

le syndrome du tunnel carpien droit et une ténosynovectomie partielle des tendons fléchisseurs a été réalisée par le docteur O_____ le 3 mars 2021 (protocole opératoire). Depuis lors, le Dr G_____ a fait état d'une perte de force du membre supérieur droit avec une difficulté à utiliser la main (rapport du 7 avril 2021).

Le docteur P_____, radiologue FMH, a réalisé plusieurs examens du genou gauche en décembre 2020. Une IRM a révélé une fissuration complexe de grade III de l'ensemble du ménisque interne et du corps du ménisque externe, ainsi qu'une ostéophytose marginale tibio-fémorale prédominant en interne. Une échographie a mis en évidence un gros épaississement de la capsule articulaire du genou gauche et de nouvelles injections ont été pratiquées des deux côtés (rapports du 11 décembre 2020).

Le Dr P_____ a également procédé à des radiographies de la colonne en avril 2021 qui ont mis en exergue un uncodiscarthrose C5-C6 avec une discrète perte de hauteur des trois étages du rachis lombaire (rapport du 30 avril 2021).

19. Par conséquent, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise de SMEX SA ne remplit pas les critères jurisprudentiels pour se voir attribuer une quelconque valeur probante.

    L'intimé ne pouvait donc pas conclure, sur la base de ce document, que la situation de la recourante ne s'était pas modifiée depuis la décision du 1er septembre 2015.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 5 octobre 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur les plans psychiatrique, médecine interne, rhumatologique, ORL et, cas échéant neurologique, puis nouvelle décision. Il incombera également à l'intimé de suivre l'évolution de l'état de santé pour la période postérieure à la décision litigieuse.

    Un renvoi apparaît en l'occurrence justifié, compte tenu du fait que l'intimé n'a pas du tout investigué les atteintes ORL pourtant attestées par plusieurs rapports médicaux.

21. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

    Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 5 octobre 2020 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer une indemnité de CHF 2'500.- à la recourante, valant participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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