RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/464/2021 **ATAS/284/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 mars 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEINIER recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a**. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1988 à Genève.

b. Le 18 octobre 2019, elle a demandé des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant valoir qu'elle avait été en incapacité de travail de 20-70% du 1er avril 2016 au 30 mai 2017 et de 60-100% dès le 1er juin 2017. Elle a indiqué avoir obtenu plusieurs diplômes entre 2012 et 2017 et exercer une activité de graphiste indépendante à 20% depuis le 1er juillet 2017 avec des revenus variables. Son atteinte à la santé était un syndrome d'Ehlers-Danlos type hypermobile (atteinte génétique).

c. Elle a produit plusieurs rapports médicaux et le service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé nécessaire de faire procéder à une expertise.

d. L'expertise a été confiée le 1er juillet 2020 au docteur B_____, médecine interne et spécialiste FMH en rhumatologie. L'expert a rendu une expertise détaillée et posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et antérolysthésis de grade I sur lyse isthmique.

Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a notamment indiqué un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme (minime diminution du seuil de déclenchement à la douleur) et une hyperlaxité ligamentaire bénigne (7/9 signes d'hyperlaxité selon les critères de Beighton).

L'affection rhumatologique n'interférait que peu sur la durée de l'incapacité de travail. Dans son activité de graphiste, la capacité de travail de l'assurée était estimée à 90% depuis toujours.

Les limitations fonctionnelles étaient : les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec longs bras de levier de plus de 5 à 10 kg et les positions immobiles assises prolongées de plus de 2 heures.

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquaient que l'exigibilité, du point de vue purement rhumatologique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, était estimée à 100% depuis toujours.

Les troubles fonctionnels étaient plausibles du point de vue médical, mais le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de l'impotence fonctionnelle.

e. Le 11 novembre 2020, le SMR a estimé l'expertise convaincante.

f. Par projet de décision du 12 novembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée.

g. Le 16 novembre 2020, l'assurée a formé opposition au projet de décision.

h. Par décision du 7 janvier 2021, OAI a rejeté la demande de l'assurée. Il rejoignait celle-ci dans le sens que son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Étant donné qu'il lui reconnaissait une « incapacité » de travail de 100% avec une baisse de rendement de 10% de son activité habituelle et dans son activité adaptée, la comparaison des revenus était superflue, car son incapacité de travail se confondait avec son incapacité de gain pour l'évaluation de son degré d'invalidité. Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente. Par ailleurs, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires ni indiquées dans sa situation.

B. **a.** L'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 9 février 2021, indiquant avoir besoin d'un délai pour envoyer des documents médicaux et qu'elle était actuellement enceinte, ce qui empêchait les médecins d'établir clairement son état, qui était potentiellement trop modifié par sa grossesse.

b. L'intimé lui reconnaissait une incapacité de travail à 100%, mais lui refusait une rente d'invalidité. Après consultation de son dossier et prise de conseil auprès d'une avocate, elle avait compris que l'intimé voulait dire que sa « capacité » travail était de 100% et donc qu'il ne reconnaissait pas son invalidité. Au vu du quiproquo, elle n'avait pas demandé de contre-expertise ou d'autres examens pour étayer son dossier, car elle pensait que l'OAI lui reconnaissait une incapacité de travail à 100%. Étant en fin de grossesse lors de ce constat, elle n'avait pas pu demander plus d'examens, car sa grossesse et les hormones qui en résultaient auraient faussé les expertises. Elle devait voir ses médecins quand cela serait possible et refaire des examens représentatifs de sorte qu'elle demandait un délai raisonnable, sans quoi elle ne serait pas en mesure de se défendre équitablement.

c. Par réponse du 13 avril 2021, l'intimé s'est excusée pour les erreurs rédactionnelles que comportait la décision attaquée et a conclu au rejet du recours.

d. Invitée à répliquer, la recourante n'a pas transmis d'écriture à la chambre de céans dans le délai qui lui avait été imparti.

e. Le 6 octobre 2021 la recourante a été entendue par la chambre de céans.

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. 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).

3. 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.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

5. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

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

6.

6.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 ou mentale 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.

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).

6.2

6.2.1 L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, M79.0). Elle est caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Les critères diagnostiques, établis pour la première fois par l'American Rheumatism Association, sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche, à la fois au-dessus et en dessous de la taille, durant au moins trois mois, ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins 11 points douloureux ("tender points") sur 18. Si les symptômes fibromyalgiques se manifestent de la même manière sous les deux formes, celle secondaire - qui est trois fois plus répandue dans la population - se distingue de celle primaire par le fait qu'elle se trouve associée à d'autres maladies (par exemple des maladies dégénératives rhumatismales). Aucune étiologie n'a pu être clairement établie pour la forme primaire de la fibromyalgie, dont le diagnostic est posé par exclusion (tender points douloureux en l'absence de tout autre maladie, en particulier inflammatoire) (ATF 132 V 65).

La reconnaissance de l'existence d'une fibromyalgie suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un rhumatologue s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.2).

6.2.2 Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence relative à l'établissement de la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique les indicateurs suivants.

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la

pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

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

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

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de

comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

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

6.2.3 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

6.3

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

6.3.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.3.3 En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne

saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010

consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

6.4

6.4.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). 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).

6.4.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

6.4.3 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).

7. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr B_____ du 1er juillet 2020.

7.1 La recourante, sans véritablement remettre en question la valeur probante de l'expertise, semble contester les diagnostics et la capacité de travail retenus par l'expert. Elle s'est toutefois limitée à substituer sa propre appréciation à celle de l'expert et n'a pas fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions motivées de l'expert.

7.2 Ce dernier a pris en compte le fait que la recourante pensait que le syndrome d'Ehlers-Danlos était la source de toute sa symptomatologie douloureuse et tenu compte des rapports médicaux au dossier. Il a en particulier indiqué que son appréciation s'apparentait à celle du docteur C_____, spécialiste en rhumatologie, qui, en 2015, évoquait des douleurs axiales et polyarticulaires d'allure mixte dans un contexte d'hyperlaxité ligamentaire, qui comme le syndrome d'Ehlers-Danlos affectait le collagène. Selon l'expert, il n'y avait pas à proprement parler de divergences ressortant du dossier à mettre en évidence.

7.3 Le rapport établi le 1er novembre 2019 par la doctoresse D_____, médecin adjointe agréée du service de médecine génétique des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise, dès lors que celle-ci ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante et qu'elle a posé un diagnostic de collagénopathie non spécifique, ce qui n'apparaît pas contradictoire avec le diagnostic d'hyperlaxité ligamentaire bénigne retenu par l'expert.

7.4 Dans un rapport établi le 18 novembre 2019, la doctoresse E_____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que depuis le début de l'année 2016, la recourante avait des crises de douleurs axiales et d'arthralgies prédominant aux épaules, coudes, poignets, bassin et genoux et résistant aux AINS, avec une raideur matinale de 15 à 30 minutes, ainsi qu'une hyperlaxité ligamentaire de toutes les articulations. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient des douleurs axiales et polyarthralgies d'aspect mixte (2017), un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire ainsi qu'un possible syndrome d'Ehlers-Danlos (2017). L'assurée pouvait travailler dans son activité habituelle et dans une activité adaptée au maximum deux à trois heures par jour. Elle était limitée dans les activités de nettoyage et de repassage s'agissant des tâches ménagères. Sur le plan professionnel, elle devait éviter la position assise prolongée et le travail soutenu avec les mains et les membres supérieurs. La capacité de travail et le rendement étaient très restreints en raison des douleurs dorsolombaires et des arthralgies des mains, des poignets, des coudes et des

épaules. L'assurée avait des connaissances linguistiques et un diplôme dans le marketing de la communication.

Il faut constater que les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin sont proches de celles retenues par l'expert, à savoir que l'assurée devait éviter le port de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg et les positions immobiles assises prolongées de plus de deux heures. La Dresse E_____ avait une autre appréciation de la capacité de travail de la recourante que l'expert, mais n'apportait pas d'élément qui aurait été ignoré par ce dernier ou faisant sérieusement douter de ses conclusions. Par ailleurs, dans son rapport du 20 février 2020, la Dresse E_____ a indiqué que la recourante était capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé à 30% depuis 2 à 3 ans, précisant qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il en résulte que ses conclusions sur la capacité de travail n'étaient pas définitives et par conséquent que sa première appréciation à ce sujet était peu probante.

Enfin, comme l'a relevé le SMR le 3 juin 2020, les conclusions de la Dresse E_____ ne sont pas convaincantes, car les limitations fonctionnelles retenues par elle justifiaient difficilement une incapacité de travail de 70% dans toute activité.

7.5 Le docteur F_____, médecin interne générale, a indiqué dans un rapport du 3 janvier 2020 avoir vu l'assurée à une seule reprise le 28 novembre 2018, qu'elle souffrait du syndrome d'Ehlers-Danlos hyperlaxe polysystémique et qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions sur la capacité de travail. Ce rapport ne suffit pas non plus à remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

7.6 La recourante n'a pas produit d'autres rapports médicaux postérieurs à l'expertise remettant en cause les conclusions de celle-ci.

7.7

7.7.1 L'expert a posé le diagnostic non incapacitant de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme (minime diminution du seuil de déclenchement de la douleur avec 14 sur 18 points douloureux) relevant que la laxité ligamentaire restait modeste et qu'elle ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse.

L'expert a retenu que cette atteinte n'était pas incapacitante en se fondant sur le peu de gravité de l'atteinte, qualifiée de minime, et sur le fait qu'il avait constaté que l'assurée bougeait, s'habillait et se déshabillait de manière fluide et autonome et qu'elle avait été capable de rester assise sans adopter de position antalgique pendant tout l'entretien. Il a considéré que les ressources disponibles paraissaient bonnes, l'assurée s'occupant de son enfant de 19 mois et étant enceinte de cinq mois. Elle était bien insérée dans le tissu socio-familial et était capable de s'occuper de son ménage de manière autonome. Depuis son arrêt de travail de

longue durée, soit mars 2020, elle n'avait pas repris d'activité professionnelle pour des raisons peu claires. L'assurée était persuadée que le syndrome d'Ehlers-Danlos était la source de toute sa symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle qui en découlait. Anamnestiquement, elle paraissait bien résister au stress. Il a également relevé que l'avenir était perçu par la recourante comme assombri de manière générale en lien avec une activité professionnelle et qu'elle ne pouvait se projeter dans un avenir professionnel. La thérapie suivie par l'assurée était conduite dans les règles de l'art, sans interruption et avec une bonne collaboration de celle-ci. Elle bénéficiait d'une prise en charge régulière physiothérapeutique avec un effet positif et une médication antalgique majeure prise rarement (6 fois en 3 ans).

7.7.2 La recourante a déclaré à la chambre de céans qu'elle n'avait pas produit de rapports médicaux complémentaires, car elle venait de terminer d'allaiter sa seconde fille et que cela pouvait avoir un effet sur la maladie. Au quotidien, elle souffrait de douleurs articulaires de moyennement fortes à extrêmement fortes et de tremblements, principalement à la main droite. À chacune de ses grossesses, les symptômes s'étaient améliorés, mais malheureusement, ils avaient repris après la fin de l'allaitement. Elle avait des symptômes depuis toujours, mais ils étaient devenus handicapants depuis 2017 environ. C'était pour cela qu'elle travaillait comme graphiste à la maison. Cela lui permettait d'adapter son temps de travail. Certains jours, elle ne pouvait pas du tout travailler et d'autres cela allait mieux. Actuellement, les tremblements reprenaient. Elle avait terminé d'allaiter trois semaines auparavant. Elle avait trois ou quatre fois par semaine des crises fortes qui l'empêchaient de travailler, en principe une bonne partie ou toute la journée. Si elles survenaient ou se prolongeaient la nuit, elle ne pouvait pas dormir et était fatiguée le lendemain, ce qui l'empêchait de travailler. On lui avait prescrit un antalgique très fort, l'Oxynorm. Elle essayait de ne pas prendre des antalgiques, car elle avait une résistance aux antidouleurs. Lorsqu'elle en prenait, ils étaient moins efficaces la fois d'après. Elle soulageait sa douleur avec un système de tens, un électrostimulateur. Son cerveau percevait ainsi moins sa douleur et cela la soulageait un peu ou beaucoup selon les jours.

Quand elle avait des douleurs, elle essayait de rester tranquille ou prenait son médicament, si elle y arrivait physiquement, à cause de la douleur ou des tremblements. Parfois ses jambes ne fonctionnaient plus. Son mari l'avait plusieurs fois retrouvée à terre. Actuellement, elle vivait seule, mais le père de son second enfant venait régulièrement l'aider. Globalement, elle gérait ses enfants. Elle pouvait utiliser son téléphone avec une seule main, mais pas ouvrir un flacon de médicaments, ce qui demandait les deux mains. Elle arrivait à porter ses enfants, à faire à manger et le ménage, mais avec toute une organisation. Elle préparait des repas à l'avance, les jours où elle allait bien. En règle générale, elle arrivait à sortir avec ses enfants au parc. Des amis l'aidaient. Sa mère était à l'assurance-invalidité, depuis 4 ans environ, avec un diagnostic de fibromyalgie.

Sur le plan psychologique, la recourante allait bien. Elle était suivie par une psychothérapeute, pour diverses raisons, notamment sa maladie, mais surtout en lien avec sa séparation d'avec son ex-conjoint.

Avant elle faisait beaucoup de dessin, mais actuellement elle ne le pouvait plus, en raison de sa motricité limitée et ses douleurs aux mains. Ses loisirs se limitaient à ses activités avec ses filles. Avec la Covid et la grossesse, elle avait limité ses contacts externes, mais il lui arrivait de rencontrer des amis.

En règle générale, elle allait beaucoup mieux, mais cela ne voulait pas dire qu'elle n'avait plus de douleurs. Ce qui la bloquait pour travailler, c'était les tremblements de la main droite, car elle devait utiliser une souris d'ordinateur. La plupart du temps, elle arrivait à fonctionner dans ses activités, car elle les adaptait à son état. Il était plus rare qu'elle soit complètement bloquée. Cela arrivait 3 ou 4 fois dans le mois et durait entre trois ou quatre heures ou toute la journée. Soit ses articulations ne fonctionnaient pas, ce qui n'entraînait pas forcément des douleurs fortes, soit elle avait des douleurs très intenses qui n'entraînaient pas forcément des problèmes d'articulation. Elle avait plus souvent des problèmes d'articulations que de douleurs intenses. Elle pouvait avoir des douleurs fortes qui n'étaient pas insupportables. Elle réservait le médicament aux douleurs qui étaient insupportables. Dans une activité qui serait adaptée, par exemple en utilisant un clavier au lieu d'une souris, elle pourrait travailler si elle n'avait pas d'horaire pour pouvoir s'adapter à son état de santé. Elle n'avait pas d'idée sur le travail qu'elle pourrait faire.

7.7.3 À teneur des déclarations de la recourante, l'analyse des indicateurs développés par le Tribunal fédéral ne permet pas de retenir que la fibromyalgie dont elle souffre est incapacitante. La plupart du temps, la recourante reste en effet capable de fonctionner dans sa vie quotidienne. Elle ne souffre pas d'une comorbidité psychique la privant de ressources, mais paraît au contraire en avoir, ce qui lui permet de gérer ses enfants et son travail, malgré les douleurs ressenties par moments. Elle bénéficie également de l'aide d'amis et du père de son second enfant. Les conclusions de l'expertise sur la capacité de travail de la recourante sont ainsi convaincantes.

7.8 Au vu des considérations qui précèdent, le rapport du Dr B_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

8. La décision querellée qui est fondée sur cette expertise doit en conséquence être confirmée et le recours rejeté.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
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