RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/984/2019 **ATAS/431/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 mai 2021

10ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENTHOD, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Émilie CONTI MOREL	recourante

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1975, de nationalités suisse, britannique et grecque, a suivi divers stages et formations, notamment en tant qu'animatrice, enseignante en langues étrangères, agente de voyage et hypnothérapeute, et exercé plusieurs activités professionnelles, en Suisse et à l'étranger. Entre novembre 2009 et août 2012, elle a travaillé comme assistante de préscolaire à Genève, puis a démissionné et s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) et a bénéficié des prestations cantonales en cas de maladie du 5 décembre 2012 au 4 décembre 2014.

2. Le 4 février 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

3. Par courrier du 18 février 2015, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait été victime de deux accidents. En 2002, sur une plage, alors que son ami la tenait à bout de bras au-dessus de sa tête, elle avait basculé en avant et était tombée la tête dans le sable et une vingtaine de cm d'eau. Elle avait eu très mal et était sonnée, mais n'avait pas perdu connaissance. Un mois plus tard, elle avait trébuché et était tombée la tête en avant contre le cadre d'une porte, se cassant le nez et subissant l'équivalent d'un coup du lapin. Après ce second évènement, les douleurs avaient commencé à être insupportables et elle avait consulté le docteur B_____, son généraliste désormais à la retraite. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) avait révélé, entre autres, une syringomyélie. Les douleurs avaient persisté et en 2006, suite à une crise particulièrement violente, elle avait consulté le docteur C_____ qui la suivait depuis lors. Une infiltration de cortisone l'avait aidée pendant quelques mois. En 2007, elle avait suivi une formation complète d'hypnothérapie afin d'apprendre à gérer seule les douleurs, ce qui l'avait effectivement aidée, mais elle devait continuer à faire très attention et avait plusieurs crises par année qui l'obligeaient à arrêter de travailler. En 2012, elle avait démissionné car elle supportait de moins en moins le bruit et était souvent en arrêt maladie. Après plusieurs mois, pensant être rétablie, elle s'était inscrite au chômage et avait effectué des remplacements dans une crèche. Elle avait alors constaté qu'il y avait de nombreuses tâches qu'elle ne pouvait plus effectuer, que les douleurs recommençaient, que le bruit la dérangeait de plus en plus et que le simple fait de devoir se déplacer devenait compliqué. Elle avait alors dû se résoudre à envisager une reconversion. En 2013, elle s'était inscrite à des cours auprès de l'institut Intégration Pour Tous (IPT). Elle avait décliné de plus en plus, probablement car elle devait rester assise de nombreuses heures et parcourir une certaine distance tous les jours. Elle avait été dans l'impossibilité de terminer le deuxième module et avait été en arrêt maladie. Elle n'avait plus réussi à récupérer après cela. En outre, ses oreilles étaient de plus en plus douloureuses depuis 2004 et certains sons lui étaient devenus insupportables. Elle avait consulté un spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) qui avait conclu à une hyperacousie probablement d'origine anxio-dépressive. Elle pensait plutôt qu'il s'agissait d'une

conséquence de sa chute et était effectivement en dépression, mais à cause de la frustration causée par les douleurs et de leur impact sur son quotidien. Elle souffrait également de maux de tête constants et était toujours fatiguée, et avait beaucoup de peine à se concentrer. Certaines tâches du quotidien étaient très difficiles voire impossibles certains jours, et elle ne pouvait pas sortir dans des endroits un tant soit peu bruyants sans porter un casque de protection. Elle avait dû retourner vivre chez ses parents à la fin de l'été 2013 par manque d'autonomie.

4. L'OAI a procédé à l'instruction du dossier de l'assurée et a notamment reçu les documents suivants :

   - un rapport du 11 août 1999 du docteur D_____, radiologue, suite à une IRM de la colonne lombaire qui avait mis en exergue une discopathie L5-S1 associée à une hernie discale médiane ;

   - un rapport du 23 janvier 2001 de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM lombaire ; était retrouvée la discopathie L5-S1 avec une protrusion discale un peu plus marquée en discrète régression par rapport à 1999 ;

   - un rapport de radiographie du 11 octobre 2002 du Dr B_____, spécialiste FMH en médecine générale, lequel a notamment relevé d'importants troubles statiques avec une scoliose en S cervicale, une bascule en lordose C5 à D1, une scoliose dorso-lombaire marquée, une ostéopénie modérée ;

   - un rapport du 29 septembre 2004 du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM cervicale réalisée la veille et ayant mis en exergue un début de dégénérescence discale en C4-C5, C5-C6 et C6-C7, une protrusion discale à la limite de la hernie en C6-C7, un signal linéaire relativement hyperintense au sein de la moelle épinière à la hauteur de C2 pouvant traduire une discrète syringomyélie post-traumatique, une apophyse odontoïde légèrement décentrée par rapport aux masses latérales de l'atlas en défaveur du côté gauche ; un examen dynamique était indiqué ;

   - un rapport du 1er octobre 2004 du Dr F_____ suite à une IRM cervicale réalisée la veille ; il a observé une asymétrie de la distance entre l'apophyse odontoïde et les masses latérales de l'atlas en défaveur du côté gauche et qui se modifiait lors du bending latéral gauche et droit, traduisant une ancienne lésion du ligament alaire ; il également relevé une image linéaire persistante au sein de la moelle épinière à la hauteur de C2 traduisant une ébauche de syringomyélie post traumatique, ainsi que de multiples ganglions « en chaînette » adjacents aux muscles sterno-cléido-mastoïdiens ;

   - un rapport du 6 octobre 2004 du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie (ci-après : ENMG), duquel il ressort que l'examen neurologique était normal, hormis le syndrome vertébral cervical ; il n'y avait pas de signes cliniques d'une syringomyélie, mais un hypersignal intra-médullaire au niveau cervical haut évoquant une ancienne syringomyélie

post-traumatique, lequel ne jouait pas de rôle dans la symptomatologie actuelle ; cette dernière s'expliquait en revanche par les troubles statiques et dégénératifs marqués, en particulier au niveau C6-C7 ;

- un rapport du 18 novembre 2004 du docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne, lequel a diagnostiqué un syndrome cervico-encéphalique post-traumatique sur une dysfonction de la charnière cervico-occipitale ; il a relaté des cervicalgies, des vertiges-flash en hyperextension cervicale et des troubles de la concentration ; son examen avait mis en évidence des dysfonctions en C0-C1, C2-C7, D6, L1-L2, S1-S2 gauche et D5 droite ; le test ligamentaire alaire révélait un retard de rotation C2 en inclinaison latérale gauche et une hypoextensibilité du muscle grand oblique postérieur et du petit droit postérieur gauche ; le traitement mis en œuvre consistait en des exercices de relaxation musculaire qui avaient permis une très nette amélioration de la symptomatologie ;
- un rapport du 13 février 2006 du docteur I_____, radiologue, suite à une IRM cérébrale dans les limites de la norme ;
- un rapport du 10 avril 2006 de la doctoresse J_____, radiologue FMH, suite à une IRM de la colonne cervicale du 7 avril 2006, concluant à une protrusion discale paramédiane droite en C5-C6, à l'entrée du trou de conjugaison avec une encoche sur le sac dural et un refoulement du faisceau antérieur de la racine C6 droite ; il n'y avait pas d'autre élément compressif repéré et la syringomyélie connue en regard de la dent de C2 était d'aspect inchangé par rapport à 2004 ;
- un rapport du 16 mai 2006 du Dr D_____, suite à une infiltration de l'espace périradiculaire C6 à droite ;
- un rapport du 23 octobre 2006 du Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, consulté le 24 mars 2006 en raison de cervicalgies chroniques ; étaient diagnostiquées une discopathie C5-C6 avec une protrusion discale para médiane droite et une syringomyélie au niveau de C2 ; malgré les traitements de physiothérapie, la gêne avait persisté ; il avait ainsi procédé à une infiltration en C5-C6 le 16 mai 2006, avec une très nette amélioration des symptômes ; il avait revu l'assurée en octobre pour une récidive modeste des plaintes ;
- un rapport du 20 juillet 2011 de la doctoresse K_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM cervicale réalisée la veille ; l'examen était quasiment inchangé par rapport à celui de 2006 ; elle a constaté une très discrète péjoration de la saillie ostéodiscale paramédiane droite au niveau C6-C7 comprimant le fourreau dural antérieur compatible avec une petite ébauche de hernie sans répercussion sur le canal de conjugaison droit et sans signe en faveur d'une compression radiculaire ; elle a également relevé une dessiccation du disque C2 à C7 légèrement plus importante qu'auparavant, compatible avec

une discopathie qui s'installait ; la très petite syringomyélie à hauteur de l'apophyse otontoïde était inchangée en extension cranio-caudale et très discrètement plus remplie de liquide qu'auparavant ;

- un rapport du 17 août 2011 du docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, suite à ses consultations des 4 et 16 août 2011 ; ses examens neurologique et ENMG étaient dans les limites de la norme, mais ceci n'excluait pas la possibilité d'une atteinte sensitive pré-ganglionnaire (radiculaire) C6-C7 comme le laissait envisager la clinique ; il n'y avait pas de signe en faveur d'une atteinte syringomyélique symptomatique ;
- un rapport du 23 août 2012 de la Dresse K_____ relatif à une IRM cervicale du jour, dont le résultat était inchangé par rapport à l'examen du 19 juillet 2011 ; elle préconisait une IRM dans une année pour contrôler l'évolution ;
- un rapport du 3 octobre 2013 du Dr C_____ sollicitant le docteur M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour un second avis ; il suivait l'assurée depuis 2006 pour des douleurs cervicales probablement survenues à la suite d'une chute sur la tête et avait diagnostiqué une discopathie cervicale étagée et une syringomyélie cervicale ; un travail de physiothérapie avait permis une amélioration des symptômes, mais la patiente relatait une récidive, avec des cervicalgies chroniques pouvant être bilatérales, sans horaire particulier, accompagnées de douleurs articulaires diffuses ; sa capacité de travail était altérée ; la patiente s'était installée dans un processus de chronicisation et il avait de la peine à l'en sortir ;
- un rapport du 10 octobre 2013 du Dr L_____ à l'attention du Dr C_____ suite à une consultation du 8 octobre 2013 ; ses examens étaient dans les limites de la norme et il suggérait une nouvelle IRM cervicale pour examiner l'évolution de la cavité syringomyélique qui semblait plus remplie de liquide à l'IRM de 2011 par rapport à 2004 ;
- un rapport de radiographie du 4 novembre 2013 de la Dresse K_____, constatant un bloc fonctionnel de la colonne cervicale supérieure de C2 à C4, avec des signes de calcification antérieure du disque intervertébral C5-C6 ;
- un rapport du 25 novembre 2013 de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM cervicale du jour même ; la syringohydromyélie connue était inchangée en regard de C2 ;
- un rapport du 9 décembre 2013 du Dr M_____ à l'attention du Dr C_____ ; l'assurée avait développé un sentiment d'intense raideur cervicale avec, à l'extension du rachis cervical, des sensations de « voile noir », des vertiges et des céphalées ; la décomposition actuelle semblait remonter à l'été 2013 lorsqu'elle effectuait un stage en position assise dans le cadre du chômage ; elle avait noté la réapparition d'intenses cervicalgies droites accompagnées de céphalées occipitales, irradiant au niveau du membre

supérieur droit, des troubles visuels, des tremblements du membre supérieur droit et un sentiment de tête « pas à sa place » ; elle l'avait consulté à partir de juillet 2013 et présentait alors de fréquents tremblements globaux du membre supérieur droit, qui avaient persisté et intéressaient l'ensemble de la ceinture scapulaire ; le dernier bilan du Dr L_____ n'avait pas montré de lésion radiculaire ou tronculaire active ; il avait proposé à la patiente de se rendre chez un acupuncteur afin d'obtenir une détente des structures neurovégétatives fréquemment irritées lors des traumatismes de la charnière atlanto occipitale ; après une séance, l'intéressée n'avait pas remarqué de réelle amélioration ; lors de son examen du jour, la patiente avait relaté quelques douleurs à la face supérieure des deux épaules et des décharges électriques à la pression de la base cervicale partant dans les membres supérieurs avec un sentiment de respiration coupée ; les tremblements étaient relativement peu importants, mais il persistait une petite tension du trapèze à droite, une perte de mobilité modérée en C3-C4 à droite et une gêne lors des tests de la charnière cervico-dorsale ;

- un courrier du 28 avril 2014 du Dr M_____ à l'attention du Dr L_____ à qui il adressait une nouvelle fois l'assurée, qui craignait avant tout une décompensation de sa syringomyélie et rapportait une augmentation au cours des derniers mois de la symptomatologie, décrite essentiellement sous la forme de « décharges », débutant à la base du rachis cervical pour irradier en paracervical, sur la base du crâne, en para rachis et dans les membres supérieurs ; l'assurée relatait en outre un sentiment de diminution progressive de la force au niveau des membres supérieurs, une antalgie en position fœtale, une douleur modérée à la marche et des douleurs en position assise ; en raison de l'ensemble de ces symptômes, elle ne pouvait plus conduire ni s'assumer seule à domicile ; elle était retournée vivre chez ses parents ; le sentiment de l'assurée était que tout se péjorait progressivement depuis 2011 ; à l'examen clinique, la patiente était apparue tendue, avec des tremblements quasi constants au niveau de la ceinture scapulaire ;

- un rapport du 2 mai 2014 du docteur O_____, spécialiste FMH en ORL, retenant le diagnostic d'hyperacousie et de bilan tympano – audiométrique dans la norme ; l'hyperacousie, dont l'origine état indéterminée, était souvent reliée à des troubles anxio-dépressifs ;

- un rapport du 15 mai 2014 du Dr L_____ suite à une nouvelle consultation du 13 mai 2014 ; il a rappelé que ses examens neurologique et ENMG du 8 octobre 2013 étaient dans la norme et qu'il n'y avait pas de dissociation thermo-algique, comme on pouvait en trouver dans les atteintes syringomyéliques ; son nouvel examen était dans les limites de la norme, hormis un tremblement d'attitude des membres supérieurs pouvant être en rapport avec une exacerbation du tremblement physiologique chez une patiente anxieuse, voire le début d'un discret tremblement essentiel ; il n'y avait pas de dissociation thermo-algique, ni d'argument pour un lien causal entre la

syringomyélie vraisemblablement d'origine post-traumatique et la symptomatologie protéiniforme ; par contre, il constatait un très important état anxio-dépressif pour lequel une prise en charge spécialisée serait conseillée ; malheureusement, la patiente refusait car elle ne croyait absolument pas en la psychiatrie et encore moins aux drogues psychotropes, étant ajouté que sa mère avait fait une tentative de suicide quelques jours après la mise en route d'un traitement antidépresseur ;

- un rapport du 7 août 2014 de la doctoresse P_____, spécialiste FMH en neurologie, à l'attention du docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine interne, le priant de convoquer l'assurée qui n'avait plus de médecin traitant ; la patiente se plaignait d'hyperacousie extrêmement invalidante depuis le printemps et avait été mordue à plusieurs reprises par des tiques, étant précisé qu'elle se promenait très souvent en forêt avec son chien et que son chat en avait également ; une IRM cérébrale était proposée quant à une éventuelle maladie de Lyme ; si l'IRM et les sérologies de Lyme se révélaient dans la norme, elle retiendrait alors un syndrome post commotionnel chronicisé, responsable de tout un cortège de symptômes, avec actuellement la présence d'un état dépressif important sous-jacent ; il lui était difficile de savoir dans quel pourcentage la syringomyélie participait aux douleurs qui pouvaient également s'inscrire dans ce contexte compte tenu de leur localisation cervicale à irradiation dans les deux épaules ; l'avis spécialisé d'un neurochirurgien semblait raisonnable pour la syringomyélie ; un bilan de nutrition était également préconisé, compte tenu de l'importante amyotrophie avec la perte de 10 kg depuis la chute, tout comme l'investigation de troubles endocriniologiques potentiels ; un traitement antidépresseur à action antalgique paraissait le plus approprié ;

- un rapport du 11 août 2014 du docteur R_____, radiologue FMH, relatif à une IRM cérébrale indiquée pour une suspicion de maladie de Lyme ; il n'avait constaté aucune anomalie significative, en particulier pas de lésion parenchymateuse, de prise de contraste pathologique ou d'anomalie vasculaire ; aucune image séquellaire n'était identifiable ;

- un rapport du 15 août 2014 du docteur S_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, retenant le diagnostic de petite cavité syringomyélique en regard de C1-C2 ; à l'examen clinique du jour même, il n'avait pas constaté de déficit « sensitif aux moteurs » des membres inférieurs ou supérieurs, la nuque était souple, la sensibilité conservée symétrique et les réflexes généralement assez vifs ; les images en sa possession montraient une petite cavité syringomyélique en regard de C1-C2 sans effet décompressif, de 2 mm de diamètre sur 5 mm de long ; en aucun cas cette petite cavité pouvait expliquer la symptomatologie ; il proposait un suivi radiologique.

5. Dans un rapport du 26 février 2015, la Dresse P_____ a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, un très vraisemblable syndrome post-commotionnel

chronicisé responsable de tout un cortège de symptômes, notamment sensitifs, auditifs, d'irritabilité, dans le cadre d'une chute sur la nuque avec une petite cavité syringomyélique asymptomatologique suivie radiologiquement par contrôle annuel, ainsi qu'un état anxieux. Elle avait été consultée le 5 août 2014 et avait constaté que les nerfs crâniens étaient sans anomalie, que la force était globalement conservée et symétrique aux membres supérieurs. Il n'y avait pas de déficit thermo-tacto algique et les épreuves cérébelleuses étaient correctement effectuées. Au niveau des membres inférieurs, il n'y avait pas de déficit sensitif ou moteur manifeste et les réflexes étaient globalement vifs et symétriques, mais était notée une importante amyotrophie globale, l'assurée ayant perdu une dizaine de kilos les dix dernières années. Le pronostic demeurait mitigé et la patiente nécessitait une prise en charge adaptée et très probablement psychologique nutritionnelle.

6. Par rapport du 2 mars 2015, le Dr Q_____ a diagnostiqué un traumatisme de la charnière cervico-occipitale engendrant des cervicalgies avec des irradiations dans les bras, des maux de tête persistants, une hyperacousie et des troubles psychiques (F33.9 et F41.2). L'assurée présentait en outre des troubles de la concentration et de l'attention, une fatigabilité importante, des céphalées handicapantes d'apparition et d'intensité aléatoire. Il a également noté une hyperacousie, une thymie triste, une perte de l'élan vital et des douleurs diffuses au niveau cervical. La capacité de travail était nulle depuis le 2 septembre 2014 et seule une activité à domicile et sans horaire précis et adaptable selon les symptômes était possible. L'assurée ne pouvait pas travailler plus d'une heure en positions assise, debout ou alternée, et ne pouvait pas du tout se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, porter des charges, marcher en terrain irrégulier ou travailler en positions accroupie ou à genoux. Ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées par la fatigabilité et les douleurs chroniques. Un suivi psychiatrique et psychothérapeutique était recommandé.

7. Dans un rapport du 6 mars 2015, le Dr C_____ a diagnostiqué des cervicalgies chroniques sur des discopathies étagées, une syringomyélie vraisemblablement post traumatique en regard de C2 et un état anxio-dépressif. Ces atteintes engendraient une totale incapacité de travail et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise d'activité.

8. Par rapport du 30 mars 2015, le Dr Q_____ a notamment rappelé les traumatismes de 2002, la petite cavité de syringomyélie sans effet compressif, et les discopathies et dégénérescences discales observées. Il a également noté des mononucléoses en 2007 et 2008, des intolérances au lactose et aux levures, une lésion de Mallory-Weiss au décours en 2002, diverses douleurs somatiques chroniques, des troubles de la mémoire à court terme, d'encodage et de concentration d'origine indéterminée, un épisode dépressif avec des éléments anxieux, des troubles paniques, des troubles de transit et une hyperacousie. Aucune activité professionnelle ne pouvait être accomplie.

9. Le 31 mars 2015, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre car les symptômes dépressifs n'apparaissaient que lorsque les douleurs étaient tellement fortes qu'elles l'empêchaient de dormir. Le reste du temps, elle arrivait à garder le moral en pratiquant aussi souvent que possible la relaxation et l'autohypnose, mais son état de santé l'empêchait d'entreprendre toute activité soutenue. Elle n'avait plus consulté les Drs C_____ et Q_____ depuis quelques temps car ils ne pouvaient pas faire grand-chose pour elle, à part constater son état lorsqu'elle devait présenter un certificat médical.

10. Par rapport du 15 mai 2015, le Dr O_____ a diagnostiqué une hyperacousie et une sinusite maxillaire en janvier 2012, sans effet sur la capacité de travail. Il a rappelé que son bilan otoscopique – tympano – audiométrique de 2014 était parfaitement dans la norme. Sur le plan ORL, le pronostic était bon et il n'y avait pas de restrictions objectives.

11. Le 2 juillet 2015, la doctoresse T_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a considéré qu'un examen ou une expertise rhumatologique et psychiatrique était nécessaire pour déterminer l'exigibilité et les limitations fonctionnelles.

12. En date du 18 novembre 2015, l'assurée a été examinée par le docteur U_____, rhumatologue, et la doctoresse V_____, psychiatre, tous deux médecins auprès du SMR.

13. Dans un courrier du 20 novembre 2015, l'assurée a indiqué à ces médecins du SMR qu'elle avait été dans un de ses rares bons jours lors de son examen car elle n'avait alors pas particulièrement mal à la nuque ou à la tête et son hyperacousie avait été moins gênante et de loin pas aussi invalidante qu'à d'autres moments. Elle a notamment relevé, à l'attention de la Dresse V_____ qui lui avait dit qu'elle n'avait « rien médicalement », que ses nombreuses incapacités de travail avaient été attestées par ses médecins, qu'elle avait continué à travailler à 50% alors qu'elle était en arrêt à 100%, qu'elle avait préféré démissionner plutôt que d'être en arrêt maladie de longue durée, qu'elle s'était soumise à des investigations poussées et n'avait pas demandé d'aide avant 2013. Elle avait été indépendante depuis ses 18 ans et avait dû retourner vivre chez ses parents en 2013 car elle ne pouvait plus faire face seule à ses tâches quotidiennes. Elle avait été choquée d'entendre dire que sa mère était dépressive et aurait fait une tentative de suicide. Cette information était totalement erronée. Elle évitait autant que possible de prendre des médicaments chimiques car ces derniers ne servaient qu'à masquer les symptômes et non pas à guérir. Son état émotionnel était directement lié à ses difficultés physiques et elle ne pensait pas avoir de comportement ou de pensées qui nécessiteraient une modification de sa chimie cérébrale. En temps normal, elle était très sociable, active et aimait la vie. Ne pas pouvoir être elle-même était évidemment très frustrant. Son hyperacousie diminuait si elle parvenait à rester suffisamment longtemps loin des nuisances sonores. Elle avait omis de préciser qu'elle avait fréquemment des symptômes de mononucléose tels que des épisodes

de fatigue extrême, des maux de gorge, des ganglions gonflés et des douleurs de rate. Elle avait une carie depuis le printemps qu'elle ne pouvait pas faire soigner à cause des douleurs dans la nuque et du bruit. Le diagnostic d'hyperacousie n'avait pas seulement été posé selon ses dires, mais également par des tests en cabine. Elle était dans tous ses états à cause de cette nuisance, et non l'inverse. Depuis 2013, ce trouble était devenu invalidant. Depuis ces deux dernières années, ses loisirs étaient considérablement restreints.

Elle a joint une liste des activités qu'elle ne pouvait plus réaliser.

14. Le 14 janvier 2016, la Dresse T_____ a retenu, après avoir pris connaissance du rapport d'examen du SMR, que certains points devaient être clarifiés, raison pour laquelle elle avait adressé un courriel aux examinateurs afin de leur demander quelle était la capacité de travail dans l'activité habituelle, quelle était la capacité de travail à retenir dans une activité adaptée, étant relevé que les signataires avaient mentionné tantôt 100% tantôt 70%. Elle a également rappelé que l'évaluation de la capacité de travail devait se faire conjointement avec l'examen psychiatrique et selon les indicateurs développés par la jurisprudence fédérale.

15. Le 9 février 2016, le Dr U_____ et la Dresse V_____ ont rendu un rapport, mentionnant que cette version remplaçait celle du 8 décembre 2015.

    Dans ce document, les examinateurs ont résumé les pièces en leur possession, dont le dossier radiologique, présenté des anamnèses familiale, personnelle, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, relaté les plaintes de l'intéressée, ses habitudes et vie quotidienne, et consigné les résultats de leurs observations.

    Ils ont retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des cervico-scapulalgies bilatérales, sans déficit neurologique sur des troubles statiques (rigidité du segment C2-C4) et dégénératifs (protrusions discales C5-C6 et C6-C7 à prédominance droite), ainsi que des lombalgies sur des troubles dégénératifs L5-S1 (pincement intervertébral, protrusions discales médianes). Ils ont également fait état, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, d'hydromyélie cervicale à la hauteur de C2, de personnalité émotionnellement labile type borderline, non décompensée et d'utilisation de cannabis.

    Dans leur appréciation du cas, les médecins ont notamment expliqué, sur le plan rhumatologique, que l'hydromyélie, soit une dilatation du canal épendymaire, stable depuis des années, pouvait être retrouvée chez des sujets sains et qu'il était difficile d'établir un lien de causalité avec les deux traumatismes de 2002. La syringomyélie post-traumatique, qui était une cavité intra-médullaire indépendante du canal épendymaire, ne correspondait pas aux images décrites chez l'assurée, mais quelques rapports faisaient néanmoins état d'une telle atteinte, ce qui leur paraissait inapproprié. Les symptômes avaient été à plusieurs reprises attribués à cette imagerie radiologique, même si les examens neurologiques avaient toujours été normaux. L'hydromyélie était sans aucune gravité pour l'instant. Ce n'était pas

le cas de la colonne cervicale puisqu'on retrouvait sur tous les clichés une anomalie de la statique et une limitation de la flexion. Les segments C2-C4 et C4-C7 étaient peu mobiles. Les traumatismes de 2002 avaient certainement induit une dysfonction pluri étagée et on ne pouvait exclure qu'ils aient provoqué une lésion microscopique, surtout ligamentaire, cicatrisée depuis. La mobilité réduite et les douleurs interféraient dans la vie quotidienne de l'assurée et dans l'activité lucrative, raison pour laquelle ils retenaient des limitations fonctionnelles. S'agissant du rachis, la discopathie L5-S1 était bien présente à deux zones d'intervalle. Comme il s'agissait d'une lésion dégénérative précoce, apparue à l'âge de 24 ans, il était probable qu'elle se soit aggravée et que d'autres troubles soient apparus. Cependant, l'examen étant rassurant, ils n'avaient pas jugé utile de confirmer l'hypothèse par de nouveaux examens et d'exposer ainsi l'intéressée à des rayons X ou une nouvelle IRM. Ces douleurs lombaires basses, actuellement peu importantes, pouvaient devenir gênantes, voire invalidantes dans une activité contraignante, de sorte qu'ils retenaient également des limitations fonctionnelles. Lors de l'examen, l'assurée se déplaçait sans boiterie, utilisait les escaliers sans difficultés. Tous les transferts étaient aisés et l'intéressée n'éprouvait pas de difficultés pour se dévêtir et se rhabiller, gestes effectués sans aucune épargne pour les membres supérieurs ou le rachis. Après 50 minutes d'entretien, sans qu'elle n'ait adopté de position antalgique ou se soit plainte de douleurs, elle s'était levée alléguant des douleurs cervicales. Elle était restée ainsi jusqu'à la fin du recueil anamnestique. L'examen général était dans les normes, hormis un poids insuffisant de 45 kg avec un BMI à 17.3 kg/m2. La seule anomalie neurologique détectée était une hyperalgésie à gauche dans le territoire D1 (face interne du bras) et L1-L3 (face antérieure de la cuisse). La palpation musculaire des cervicales et des trapèzes était douloureuse. Compte tenu des lombalgies chroniques, ils avaient recherché les signes comportementaux de non-organicité décrits par Waddell. Ils étaient négatifs. En raison de l'évolution chronique des douleurs et la présence de plusieurs symptômes neuro-végétatifs, ils avait recherché une fibromyalgie. La présence de 17/18 points décrits par Smythe permettait de retenir ce diagnostic, lequel était conforté par d'autres critères récents. Ils considéraient que la fibromyalgie n'était pas incapacitante car l'assurée avait les ressources pour s'occuper de ses soins corporels et de l'hygiène, gardait des contacts avec son entourage et ses amis, sortait le chien avec qui elle faisait de longues promenades. Elle décrivait une vie sociale normale. Leur observation et leur examen permettaient de conclure que si l'assurée vivait seule, elle aurait la capacité d'entretenir son ménage à son rythme. Sa dépendance à sa mère et à sa famille était un choix qui ne saurait se justifier pour des raisons purement somatiques. Ses plaintes dépassaient largement le cadre d'une atteinte statique et dégénérative du rachis cervical et d'une atteinte dégénérative du rachis lombaire. En effet, elle présentait plusieurs symptômes neurovégétatifs qui entraient dans le cadre d'une fibromyalgie. On ne pouvait formellement nier une composante iatrogène induite au tableau clinique puisque l'attention des médecins et de l'assurée s'était focalisée sur l'hydromyélie

asymptomatique et avait mené à de multiples consultations et investigations radiologiques. Les différents neurologues qui avaient examiné l'assurée et le neurochirurgien s'accordaient sur la bénignité de l'image médullaire cervicale, interprétée à tort comme une syringomyélie. Il y avait donc une concordance entre leur appréciation et la leur. Une physiothérapie décontracturante et de reconditionnement semblait utile. Pour le reste, l'assurée était extrêmement préoccupée par son hyperacousie, somme tout bénigne et non incapacitante selon le Dr O_____. Ils avaient constaté un tremblement fluctuant et intermittent, qui allait plutôt dans le sens d'un trouble du comportement qui s'inscrivait dans le contexte de la fibromyalgie.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée aurait eu deux rendez-vous avec un psychiatre en 2006 et avec un hypnothérapeute en 2007, sans jamais bénéficier de prise en charge ambulatoire ou de traitement psychotrope. L'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle présentait une amplification de ses plaintes, qui n'était pas accompagnée d'un sentiment de détresse ni d'un comportement algique. Ils n'avaient pas objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'assurée était une jeune femme labile, instable émotionnellement, très immature, assez dépendante. Elle avait des capacités d'anticipation réduites, une mauvaise image de soi et un sentiment de vide. La psychiatre avait objectivé une personnalité émotionnellement labile de type borderline, non décompensée, sans incidence sur la capacité de travail, mais qui expliquait son parcours instable. Il ne s'agissait cependant pas d'un trouble de la personnalité grave ayant une valeur invalidante, qui supposait des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la deuxième dizaine d'années de vie, si on s'en tenait aux critères retenus par les ouvrages diagnostiques de référence. À l'adolescence, l'assurée avait présenté une consommation importante de cannabis dans un contexte récréatif. Il lui arrivait encore de fumer du cannabis occasionnellement. En conclusion, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie aigüe ou chronique à caractère incapacitant au niveau psychiatrique et sa capacité de travail exigible était entière dans toute activité.

Les médecins ont retenu, à titre de limitations fonctionnelles visant à épargner le rachis cervical, les activités avec la tête penchée en avant, avec des mouvements répétés en rotation ou flexion-extension, avec les bras au-dessus de l'horizontale, et les activités nécessitant le port de charges de plus de 5 kg. Ils ont également retenu, à titre de limitations fonctionnelles visant à épargner le rachis lombaire, les activités en position de porte-à-faux prolongée, accroupie ou à genoux, sur sol glissant ou

vibrant, et les activités nécessitant le port de charge de plus de 5 kg. Compte tenu du bilan radiologique et des douleurs cervicales qui pouvaient être exacerbées par certains mouvements, ils considéraient que la capacité de travail de l'intéressée était de 100% avec une diminution de rendement de 30% pour les périodes de repos et les changements de position nécessaires concernant le problème cervical.

Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'incapacité de travail. L'assurée avait une vie sociale normale, vivait en Suisse et en Grèce auprès de ses parents. Parfois, elle assumait « les activités de la vie quotidienne, en grande partie par choix, mais, selon ses dires, en raison de ses douleurs chroniques ». Elle n'avait aucune prise en charge psychiatrique, n'en voyait pas la nécessité, ni celle d'un traitement psychotrope. Ses ressources d'adaptation au changement étaient préservées et ses parents l'aidaient en toute circonstance. La personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensée ne justifiait pas une diminution de la capacité de travail mais expliquait son parcours instable. Des facteurs étrangers à l'invalidité tels que la situation économique difficile et la démotivation avaient été objectivés durant l'examen, tout comme des divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée, et entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes.

En conclusion, la capacité de travail était entière dès août 1999 concernant le rachis lombaire et dès octobre 2002 concernant le rachis cervical, ce qui correspondait aux dates des examens radiologiques ayant confirmé les atteintes organiques.

Enfin, le courrier de l'assurée envoyé après leur examen n'apportait aucun élément nouveau qui n'avait pas déjà été porté à leur connaissance.

16. Par avis du 29 février 2016, la Dresse T_____ a indiqué s'aligner sur les conclusions du SMR et conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% avec une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée depuis octobre 2012.

17. Le 30 avril 2016, la mère de l'assurée a écrit à l'OAI que la situation de sa fille se fragilisait en raison de ses problèmes d'hyperacousie. Le Dr O_____ avait bien constaté une telle atteinte, parlant « d'origine indéterminée et souvent reliée à des troubles anxio-dépressifs. » Or, il y avait d'autres causes possibles, notamment les traumatismes crâniens et la plupart du temps la dépression était consécutive à l'hyperacousie, et non le contraire.

    Elle a annexé un tableau comportant la liste des troubles de l'assurée, la description de leurs symptômes, avec leur fréquence, la gêne occasionnée et des remarques.

18. Le 9 mai 2016, l'OAI a reçu des commentaires de l'assurée concernant son examen du 18 novembre 2015. Elle a tout d'abord déploré l'absence d'un spécialiste ORL, rappelant que l'hyperacousie était l'un de ses plus gros problèmes. Le Dr U_____ lui avait indiqué ne pas s'occuper des maux de tête, lorsqu'elle avait mentionné ces troubles. Elle avait été choquée par l'attitude de la

Dresse V_____, condescendante, voire méprisante, qui ne lui avait pas laissé le temps de répondre aux questions posées et lui avait fait des remarques déplacées.

19. Par rapport du 17 octobre 2016, le professeur W_____, chef du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des Hôpitaux universitaires de Genève, a indiqué avoir été consulté par l'assurée le jour même. Tous les examens étaient parfaitement normaux. Sur le plan physiologique, l'oreille interne était d'une sensibilité remarquable et on ne concevait pas qu'une oreille puisse être beaucoup plus sensible que celle de la population en général. Aucun examen ne permettrait d'objectiver le ressenti. Des approches pour aider l'assurée à vivre avec le trouble pouvaient s'avérer utiles. Après avoir entendu toutes les activités que la patiente faisait malgré ses difficultés, il lui avait fait part de son impression, selon laquelle elle portait elle-même un fardeau et qu'il pourrait être utile qu'elle demande une aide psychologique à un professionnel pour le partager. Se posait encore la question d'une manifestation de la borréliose, ce qui n'était pas de sa compétence. L'assurée lui avait encore signalé une certaine difficulté à respirer ces derniers jours, mais les voies aériennes étaient parfaitement bien ouvertes. Il s'agissait peut-être d'une certaine anxiété ou angoisse, mais l'intéressée ne croyait pas à cette hypothèse.

20. Le 21 octobre 2016, lors d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI, l'assurée a déclaré que son état de santé s'était aggravé en raison de l'importante hyperacousie et de l'augmentation de la fatigue et des céphalées. Elle avait passé l'été en Grèce dans la maison de ses parents. Elle était peu sortie à cause du bruit et passait ses journées à lire, faire des mots croisés et des sudokus. Elle s'ennuyait. Elle était dans l'incapacité de reprendre une activité, même bénévole. Une maladie de Lyme était suspectée et des investigations spécialisées étaient en cours.

21. Dans un rapport du 11 février 2017, le Dr Q_____ a indiqué à l'OAI que l'état de sa patiente était resté stationnaire, que l'incapacité de travail demeurait totale dans toute activité en raison des troubles de la concentration, de l'hyperacousie, de la fatigue, des douleurs cervicales et dorsolombaires. Il a ajouté que l'examen clinique avait toujours été normal, en discordance avec les plaintes. Il avait déjà proposé une prise en charge psychothérapeutique à sa patiente, qu'il voyait une fois par année. Éventuellement, une reprise d'un travail à domicile, sans horaire précis et adaptable aux symptômes de l'assurée serait possible.

22. Le 13 mars 2017, le Dr Q_____ a répondu à un questionnaire de l'OAI, mentionnant notamment que sa patiente pouvait travailler sur écran. Elle ne pouvait pas être exposée au bruit ou à la fumée, au gaz et aux vapeurs et émanations. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis 2002.

    Il a annexé la liste des antécédents de sa patiente, mentionnant notamment des mononucléoses en 2007 et 2008, des troubles de la mémoire à court terme, d'encodage et de concentration d'origine indéterminée, un épisode dépressif avec des éléments anxieux et des troubles de panique.

23. Par avis du 15 mars 2017, la doctoresse X_____, médecin auprès du SMR, a conclu que le rapport du Dr W_____ ne montrait pas d'atteinte reconnue par l'AI et que le rapport SMR du 29 février 2016 demeurait valable.

24. Selon un rapport de l'OAI du 20 mars 2017, les conditions subjectives pour des mesures professionnelles n'étaient pas remplies en raison des limitations annoncées qui n'avaient pas de rapport avec les atteintes à la santé ayant valeur de maladie.

25. Le jour même, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité sur la base des données statistiques. Il a retenu un revenu avec invalidité de CHF 36'255.- (salaire de CHF 4'112.- selon les ESS 2012 [tableau TA 1, femme, total, niveau 1], adapté à la durée hebdomadaire de travail [41.7 heures], annualisé et indexé à 2013 [CHF 51'793.-], puis réduit de 30% en raison de la diminution de rendement) et sans invalidité de CHF 49'537.- (compte tenu des indications de l'assurée, concordantes avec l'extrait de compte individuel [CHF 4'100.- x 12, adapté à 2013]). Il en résultait un degré d'invalidité de 26.8%, arrondi à 27%.

26. Le 21 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de refuser sa demande de rente, le degré d'invalidité, fixé à 27%, étant insuffisant. Il a notamment rappelé les conclusions du SMR concernant l'entière capacité de travail dans une activité adaptée, avec une réduction de rendement de 30%.

27. Par courrier du 10 avril 2017, l'assurée a contesté le projet de décision. Elle a précisé qu'elle s'était tournée vers une clinique spécialisée dans les maladies infectieuses et systémiques en Allemagne, faute de trouver des solutions en Suisse. Depuis les derniers résultats, elle comprenait mieux pourquoi sa santé ne cessait de décliner depuis des années.

28. Le 10 mai 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de sa mère, a précisé que la clinique allemande avait diagnostiqué une borréliose chronique (maladie de Lyme) et des co-infections, ainsi qu'un système immunitaire déficient, ce qui avait été confirmé par une clinique des Grisons où elle avait été suivie pendant trois semaines.

29. Dans un certificat du 10 mai 2017 (rédigé en anglais), la « Paracelsus Clinica », sise aux Grisons, a mentionné que l'assurée avait séjourné dans son établissement du 9 au 29 avril 2017 et que le diagnostic était une borréliose chronique avec de multiples co-infections, une hyperacousie et un système immunitaire très affaibli, ce qui impliquait des inflammations chroniques, des douleurs et de la fatigue. Compte tenu de cet état de santé, l'assurée était dans l'incapacité de travailler, même durant de courtes périodes.

30. Dans un courrier du 1er juin 2017 (en anglais), « BCA Clinic », située en Allemagne, a indiqué que l'assurée avait consulté dans son établissement les 23 mars, 7 et 17 avril 2017. De multiples infections avaient été diagnostiquées (Epstein-Barr-Virus, Yersinia, Rickettsia), ainsi qu'une maladie multisystémique, et plusieurs autres atteintes étaient suspectées, dont une borréliose.

31. Par courrier du 12 juin 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de sa mère, a contesté avoir refusé de participer à des mesures professionnelles, mais exprimé que son état de santé ne le permettait pas. En raison de son manque de résistance immunitaire, elle n'avait pas pu entreprendre le traitement antibiotique normalement préconisé par ses troubles diagnostiqués en Allemagne. Elle avait donc séjourné trois semaines aux Grisons dans une clinique biologique de thérapies holistiques afin de reprendre des forces et essayer de booster son système immunitaire. Il était possible qu'elle souffre d'un syndrome de Sjögren, mais elle était trop fatiguée actuellement pour faire de nouvelles analyses.

32. Dans un courrier du 6 septembre 2017 (en anglais), des médecins de la « BCA Clinic » ont indiqué que l'assurée était prise en charge en raison d'un syndrome infectieux multisystémique lié à une maladie de Lyme qui avait lentement débuté entre 2005 et 2007, dont l'origine était probablement de multiples morsures de tiques dans les années 90, avec une aggravation en 2013. Les symptômes étaient principalement neurologiques. Les analyses réalisées en février, mars et juillet par ses laboratoires avaient révélé une infection active et une réponse inflammatoire induite par une borréliose, une infection active par Yersinia Enterocolitica et Anaplasma phagocytophylum et plusieurs contacts antérieurs avec d'autres pathogènes et virus. La durée du traitement dépendrait de la rapidité à laquelle les symptômes diminueraient. Tant que ceux-ci persisteraient, la patiente ne pourrait faire d'effort, physique ou intellectuel. En outre, toute forme de stress mettrait en danger le processus de guérison.

33. Dans un rapport du 11 octobre 2017 (en anglais), la « Paracelsus Clinica » a mentionné que l'assurée faisait état d'une maladie de Lyme avec plusieurs autres infections, d'un syndrome de fatigue chronique et d'une faiblesse, de maux de tête et de crâne avec des difficultés de concentration, d'hyperacousie, ainsi que de multiples autres douleurs corporelles. Les résultats des différents tests réalisés ont été rapportés, puis ont été mentionnés les diagnostics d'infection bactérienne chronique, de forte intoxication aux métaux lourds, de faible fonction surrénale avec un syndrome de fatigue, d'hyperacousie et d'inflammation générale.

34. Par courrier du 24 mai 2018, l'assurée a soutenu que les examinateurs du SMR ignoraient en novembre 2015 les vraies causes de son état de santé et avaient conclu à une fibromyalgie. Depuis qu'elle avait consulté la clinique en Allemagne, elle était sous traitement contre la forme chronique de la maladie de Lyme et d'autres co-infections. Après ce diagnostic tant attendu, étant rappelé qu'elle avait toujours eu la certitude que la cause de ses troubles n'était pas psychologique, elle avait espéré une amélioration de son état de santé. Toutefois, en raison d'un système immunitaire très déficient, elle n'avait pas pu entreprendre le traitement antibiotique normalement préconisé. On lui avait donc prescrit un protocole physiothérapeutique plus long.

    Elle a joint à sa missive plusieurs documents dont :

- ses commentaires relatifs à l'expertise de novembre 2015, soulignant que l'appréciation de la psychiatre, qui l'avait notamment qualifiée de manipulatrice, était totalement infondée et lui portait préjudice ;
- la liste de ses symptômes et des conséquences de sa maladie sur sa vie ; à titre d'exemple, elle a cité une fatigue extrême, des maux de tête, une pression dans le crâne, une hypersensibilité au bruit, aux odeurs, à la lumière, aux ondes électromagnétiques, des étourdissements, des nausées, des pertes d'équilibre, une gêne respiratoire, des douleurs oculaires et des troubles de la vision, des problèmes dentaires et de gencive, des tremblements et une faiblesse musculaire, des difficultés importantes de concentration et de mémoire, des tendinites, des problèmes digestifs ; elle a indiqué qu'elle avait dû renoncer, à cause de son état de santé, entre autres, à la fête organisée par ses parents pour ses 40 ans, à quatre mariages et deux baptêmes d'êtres chers ; elle avait beaucoup de peine à éplucher des légumes, porter des casseroles pleines ou ouvrir des bocaux ; il pouvait se passer plusieurs jours de suite durant lesquels elle ne faisait que somnoler, dormir et s'ennuyer ;
- un certificat du 27 avril 2018 du Dr Q_____ attestant que sa patiente était obligée de s'adresser à la clinique spécialisée allemande, une telle structure n'existant pas en Suisse ;
- des rapports de la « BCA Clinic » (en anglais) des 6 septembre 2017 et 11 avril 2018 attestant notamment d'une totale incapacité de travail ;
- un document relatif aux symptômes de la maladie de Lyme.

35. Dans un avis du 1er juin 2018, la Dresse X_____ a préconisé, après examen des derniers rapports remis par l'assurée, qu'il soit procédé à une expertise auprès d'un infectiologue.

36. Le 14 juin 2018, l'assurée a sollicité que l'expertise envisagée soit reportée car elle se trouvait en Grèce en raison de ses problèmes de santé, étant précisé qu'il y avait trop de bruit et de stress à Genthod. Elle ne pouvait pas prendre l'avion à cause du bruit et de la pression, et elle avait besoin d'une aide et d'une assistance pour entreprendre un voyage par voie terrestre ou maritime. Elle sollicitait le report à octobre ou novembre 2018 pour avoir le temps de se préparer, mentalement et physiquement, à ce voyage. Par ailleurs, son ORL pensait qu'elle pouvait avoir, outre la maladie de Lyme, le syndrome de Sjögren.

37. L'OAI a confié une expertise portant sur les maladies infectieuses au docteur Y_____, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 12 novembre 2018, fondé sur un examen de l'assurée le 8 octobre 2018 et les documents transmis par l'OAI, l'expert a conclu qu'il n'y avait pas de diagnostic de maladie infectieuse incapacitante. Il a présenté une anamnèse, puis résumé et discuté les tests infectiologiques réalisés. À cet égard, il a relevé que la première évocation d'une borréliose figurait dans le rapport du 7 août 2014 de la Dresse P_____, laquelle n'avait plus évoqué ce diagnostic dans son rapport du 26 février

2015, ce qui permettait de présumer que la sérologie s'était révélée négative. Il a également observé que les symptômes retenus par le Prof. W_____ ne faisaient pas partie de ceux reconnus d'une infection chronique latente à Borrelia, de sorte que la mention de ce diagnostic dans son rapport faisait probablement suite à une mention dans ce sens de la patiente durant la consultation. Il a ensuite discuté tous les résultats des examens de laboratoires disponibles au dossier, constatant que la seule sérologie IgG positive datait du 5 août 2016 et émanait d'un laboratoire en Grèce, qui avait répété ces sérologies le 25 août 2016 et que les analyses étaient alors négatives. Il fallait donc en conclure que la première sérologie IgG positive était finalement un faux positif. Concernant les rapports de la « BCA Clinic », il a relevé et expliqué plusieurs contradictions et incohérences dans les résultats et interprétations. Il a également commenté les examens demandés par la « Paracelsius Clinica » et des examens de laboratoire du 17 octobre 2018 du laboratoire de l'Institut Central des Hôpitaux du Valais, dont le résultat était négatif et devait être interprété comme l'absence d'un contact avec Borrelia dans le passé. Dans sa synthèse, il a conclu qu'il était extrêmement peu probable que l'altération de l'état de santé de l'assurée soit à mettre sur le compte d'une maladie infectieuse chronique sous-jacente. Une borréliose chronique pouvait être exclue avec une très grande certitude compte tenu de la multiplicité des tests négatifs au cours du temps, en particulier celui effectué au laboratoire valaisan. Il a expliqué que le diagnostic de borréliose chronique était généralement utilisé sans avoir d'évidence objective d'infection, comme le faisaient les médecins de l'assurée. L'absence d'évidence objective d'infection n'était en général pas un obstacle au maintien d'un diagnostic de borréliose chronique, ceci en se basant sur l'allégation que les tests disponibles n'étaient pas assez sensibles et bien adaptés à l'identification des marqueurs d'infection. Cette présomption était en général suffisante, comme cela avait été le cas pour l'intéressée, pour la prescription de traitements divers, parfois prolongés, sans que l'on puisse en espérer un quelconque bénéfice, alors que l'exposition au risque d'effets secondaires était présente. L'expert a indiqué qu'il ne se prononcerait pas sur les allégations de taux toxiques de certains métaux lourds mentionnés, mais qu'un bilan toxicologique pourrait être utile afin d'en valider le contenu. En conclusion, il n'avait aucun élément objectif lui permettant d'invoquer une origine infectieuse aux symptômes de l'assurée. La borréliose chronique n'était d'ailleurs pas un diagnostic retenu par les experts du domaine, qui parlaient plutôt de borréliose latente, précoce ou tardive. Celle-ci était caractérisée par des symptômes et des signes que l'on ne retrouvait pas chez l'assurée, tels qu'une cardite, une arthrite chronique, une dermatite atrophiante, un syndrome neurologique. Les sérologies de Borrelia étaient positives dans ces cas-là, sans quoi l'origine des symptômes était recherchée ailleurs. Répondant aux questions de l'OAI, l'expert a noté qu'en l'absence de diagnostic de borréliose ou autre maladie infectieuse chronique sous-jacente, les éventuelles limitations fonctionnelles objectives alléguées ne pouvaient être mises sur le compte d'une infection.

38. Par avis du 15 février 2019, la Dresse X_____ a conclu, au vu de l'expertise du Dr Y_____, que les éléments apportés par l'assurée lors de son audition n'étaient pas susceptibles de changer les conclusions précédentes du SMR.

39. Par décision du 27 février 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle depuis le mois d'octobre 2012, mais entière avec une baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Un reclassement dans une activité tertiaire administrative adaptée était exigible. Le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 49'537.-, compte tenu du salaire annuel annoncé (CHF 4'100.- x 12, actualisé à 2013) et celui avec invalidité à CHF 36'255.-, étant précisé qu'aucun des critères habituellement admis ne permettait une réduction supplémentaire. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, il en résultait une perte de gain de CHF 13'282.-, correspondant à un degré d'invalidité de 26.8% arrondi à 27%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Enfin, l'assurée n'avait pas souhaité bénéficier de mesures professionnelles, indiquant que son état de santé ne le permettait pas. Les éléments médicaux reçus postérieurement avaient été soumis au SMR, qui avait estimé qu'ils ne montraient pas de nouvelle atteinte à la santé reconnue par l'AI. Il considérait donc que les possibilités de réadaptation étaient achevées.

40. Par acte du 11 mars 2019, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée. En substance, elle a contesté la valeur probante de l'appréciation du Dr Y_____, lequel ne l'avait pas auscultée et n'avait demandé qu'un test de dépistage de la borréliose, dont les tests habituels n'étaient pas fiables surtout en cas de maladie de Lyme chronique, sans effectuer aucune analyse pour d'autres infections. Grâce au traitement de phytothérapie prescrit par les médecins de la clinique BCA, elle allait mieux et espérait encore une amélioration de son état de santé. Cependant, il lui semblait normal que l'intimé reconnaisse son incapacité totale de travail durant les cinq années écoulées.

41. Le 11 avril 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il a soutenu que le dossier de la recourante avait été instruit très exhaustivement et que l'expert spécialisé dans les maladies infectieuses s'était déterminé conformément à la mission qui lui avait été confiée. Il était normal qu'il n'ait pas réalisé de nouveaux examens, comme aurait pu le faire un médecin traitant. Les différents et nombreux renseignements médicaux obtenus avaient permis d'identifier une pathologie dorsale uniquement, qui n'engendrait que certaines limitations fonctionnelles d'épargne du rachis cervical et lombaire.

42. Par réplique du 2 juillet 2019, la recourante, par l'intermédiaire d'un conseil, a persisté dans ses conclusions, soit l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 2015, avec intérêts à 5% l'an sur les arriérés de rente à compter du 1er juillet 2017, sous suite de frais et dépens. Elle a fait valoir que le Dr U_____ et la Dresse V_____ avaient sous-estimé les répercussions de ses atteintes à la santé sur sa capacité résiduelle de travail. D'un point de vue

psychiatrique, aucune limitation n'avait été retenue, alors que ses troubles étaient importants. La Dresse V_____ avait nié le caractère invalidant de l'atteinte au seul motif qu'il n'y aurait pas eu d'antécédent psychiatrique significatif remontant à la fin de la deuxième dizaine d'années de vie, et n'avait pas indiqué les ouvrages de référence évoqués. Cette motivation sur la question centrale de l'incidence de troubles sur la capacité de travail était lacunaire. La psychiatre s'était en outre montrée inutilement agressive. Au niveau rhumatologique, la baisse de rendement retenue de 30% était insuffisante, au vu de ses plaintes et de ses limitations fonctionnelles. Les médecins du SMR n'avaient pas indiqué les indicateurs de degré de gravité fonctionnelle et de cohérence pour définir le caractère incapacitant du trouble. Leur rapport de 2015 était ancien et incomplet, faute d'indiquer la durée de leur consultation et la bibliographie, et leurs conclusions étaient insuffisamment motivées. S'agissant de l'expertise du Dr Y_____, elle avait permis d'écarter l'origine infectieuse des atteintes à la santé, mais ce médecin ne s'était pas prononcé sur sa situation globale. Une expertise médicale bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, était donc requise. Par ailleurs, elle a demandé qu'un abattement de 20% soit appliqué aux salaires statistiques pour la fixation du salaire d'invalide, afin de tenir compte de la multiplication de ses atteintes, de ses limitations fonctionnelles et de la durée d'éloignement du marché du travail. Ainsi, quand bien même l'évaluation de la capacité résiduelle de travail devait être confirmée au terme de l'expertise, elle devrait être mise au bénéfice d'un quart de rente compte tenu d'un taux d'invalidité de 41%.

43. Dans sa duplique du 6 août 2019, l'intimé a également persisté. Il a soutenu que la recourante se contentait de substituer son avis à celui de la psychiatre du SMR, sans apporter d'élément médical nouveau. L'appréciation de l'experte était fondée sur le status et les constatations médicales, soit des éléments objectifs. Sur le plan rhumatologique, la recourante n'amenait pas non plus d'élément objectif à l'appui de ses critiques. Les plaintes exprimées ne sauraient en tant que telles être considérées comme une contradiction notoire par rapport à l'évaluation faite par le médecin expert. Le seul élément nouveau apporté était une atteinte sur le plan infectieux, ce qui avait motivé une expertise supplémentaire. Cette dernière avait conclu à l'absence d'une telle atteinte invalidante. L'instruction médicale était donc suffisante et le seul fait que les médecins traitants aient éventuellement une opinion divergente concernant la capacité de travail n'était pas suffisant pour justifier une nouvelle expertise. Finalement, un abattement de 20% sur les salaires statistiques n'était pas justifié car ni l'âge, ni le taux d'activité réduit, ni le permis de séjour, ni une éventuelle ancienneté dans une entreprise ne pouvaient être pris en compte.

44. Le 2 mars 2020, la chambre de céans a procédé à une comparution personnelle des parties.

    La recourante a notamment confirmé souffrir d'affections diverses et complexes. Elle a rappelé que l'examen avec la Dresse V_____ ne s'était pas bien passé et a reproché au Dr Y_____ de ne pas avoir suffisamment investigué car il avait dû se

contenter de répondre à la question de savoir si elle était ou non atteinte de la maladie de Lyme.

La représentante de l'intimé a alors rappelé que le Dr Y_____ ne s'était pas uniquement prononcé sur la question de la maladie de Lyme, mais également sur toute maladie infectieuse, qu'il avait exclue.

La recourante a maintenu sa demande de mise en place d'une expertise rhumatologique et psychiatrique, confirmant qu'elle n'avait jamais fait l'objet de suivi psychiatrique, car elle considérait que là n'était pas le problème. Elle n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis 2012. Entre 2012 et une partie de 2013, elle avait accompli quelques remplacements de courte durée dans le cadre du chômage, puis avait touché les prestations cantonales en cas de maladie. Elle souhaitait à nouveau être utile et retrouver un emploi, mais les choses étaient extrêmement compliquées, en raison de son état de santé. Le problème majeur était une fatigue très importante. Ses médecins traitants avaient pris contact avec deux médecins spécialisés au Centre hospitalier universitaire vaudois pour leur demander de l'inclure dans un programme concernant le syndrome de fatigue chronique, mais ils ne prenaient pas de patients hors canton. Les choses s'amélioraient progressivement et elle arrivait désormais à conduire et promener son chien, par exemple, mais elle subissait toujours toute une série de symptômes, soit des moments de grande sensibilité au bruit ou à la lumière, des douleurs articulaires, des maux de tête. Depuis quelques temps, elle avait de gros problèmes dentaires qu'elle n'avait pas pu soigner en raison de ses hyperacousies et de ses douleurs dans la nuque. Elle avait dû subir des examens, dont il résultait que ces atteintes étaient en rapport, en tout cas indirectement, avec le syndrome de Lyme. Elle avait également consulté un médecin qui lui avait prescrit d'autres examens, dont les résultats n'étaient pas encore rentrés. Il semblait toutefois que, si l'on ne pouvait pas directement confirmer le diagnostic de borréliose, les choses ne se circonscrivaient pas seulement à la maladie de Lyme, mais à d'autres pathologies liées aux tiques, agents pathogènes qu'elle aurait rencontrés.

Pour répondre à une question de son conseil au sujet des activités bénévoles qu'elle aurait voulu exercer, elle a expliqué qu'elle avait eu des contacts avec un refuge canin pour donner un coup de main, mais n'avait pas pu tenir le coup, sa belle-sœur ayant dû venir la chercher après une demi-heure, en raison du bruit, de la fatigue, etc. Dans un autre domaine, elle avait commencé à donner des cours de français à des enfants d'amis, mais avait dû arrêter car elle ne pouvait pas planifier un programme de leçons sur une base régulière, toujours en raison de ses difficultés, notamment une grande fatigue.

Répondant à une question de la chambre de céans, elle a indiqué qu'elle n'était pas régulièrement suivie par ses médecins traitants, car ils ne pouvaient pas faire grand-chose pour elle. Le Dr Q_____ tentait bien de l'aider, mais ses atteintes à la santé ne concernaient pas directement son domaine de spécialité. Elle avait récemment séjourné dans une clinique d'Appenzell, spécialisée dans la maladie de Lyme

notamment. C'était d'ailleurs le médecin qui l'avait reçue qui avait prescrit les examens complémentaires précédemment évoqués. Cela dit, elle estimait nécessaire que la chambre procède à l'audition du Dr Q_____, qui avait une vision complète de ses atteintes et de son évolution depuis plusieurs années.

La recourante a remis les pièces suivantes :

- un rapport du 28 février 2020 du docteur Z_____, dentiste à la « Alpstein Clinic », dans le canton d'Appenzell, faisant état de parodontite ;
- des analyses d'Unilabs de février 2020.

45. En date du 7 mai 2020, la recourante a notamment produit :
    - un rapport du 12 mars 2020 du docteur AA_____, médecin à la « Alpstein Clinic », attestant que l'intéressée souffrait d'un problème médical complexe, avec de nombreuses affections chroniques, et d'une fonction immunitaire réduite, de fatigue chronique et d'une inflammation des gencives ; en outre, grâce à un diagnostic environnemental détaillé, avait été détectée une charge élevée de métaux toxiques ; les derniers résultats expliquaient de nombreux symptômes, ainsi que l'importante maladie chronique et la souffrance de ces dernières années ; l'intéressée était dans l'incapacité de travailler ;
    - des analyses d'Unilabs de février 2020, faisant état de valeurs anormalement élevées pour l'aluminium, l'arsenic, le chrome, le cobalt, le nickel, le palladium, le mercure, le thallium et l'étain ; les différentes causes possibles y sont mentionnées, tout comme les mesures envisageables : à titre d'exemple, le taux élevé d'aluminium et de plusieurs de ces substances toxiques peut s'expliquer par l'alimentation, certaines eaux minérales, le tabac, des produits cosmétiques ou encore des implants ou prothèses dentaires.

46. Le 12 octobre 2020, la chambre de céans a entendu le Dr Q_____, médecin traitant de la recourante depuis 2014.

    Il a relevé qu'il s'agissait d'un cas complexe, sinon unique. Sa patiente était atteinte de plusieurs comorbidités qui avaient été découvertes au fil du temps après un premier épisode de trauma crânien en 2002. Au moment où il avait pris ce cas en charge, il y avait déjà eu une douzaine d'années d'investigations, qui n'expliquaient pas nécessairement tous les symptômes. Parmi les troubles de santé, on trouvait des troubles dégénératifs dans le dos et la colonne, et un certain nombre d'intolérances alimentaires. La recourante avait consulté divers spécialistes (rhumatologue, neurologue, ORL, gastroentérologue et médecine manuelle - ostéopathie), dont plusieurs s'étaient découragés, ne parvenant pas à déterminer un diagnostic précis. Une atteinte de l'ordre des troubles somatoformes avait été envisagée, et l'aspect psychiatrique avait également été approché.

    Il avait eu connaissance des rapports d'examen des médecins de l'intimé et de l'expert, ajoutant que ces documents étaient comparables à des photos d'une situation car ils fragmentaient les différents aspects de l'état de santé sans une

vision globale, alors que lui voyait le film, en quelque sorte. Si chaque spécialiste arrivait à déterminer un pourcentage de l'incapacité de travail, on devrait arriver à plus de 100% au total. Or, l'évaluation était plafonnée à 100%.

Depuis qu'il connaissait la recourante, il ne l'avait vue probablement qu'une seule fois dans un état où l'on pourrait la considérer comme une patiente « normale et partiellement fonctionnelle ». Sa capacité de travail n'était jamais totale et elle était très fluctuante. Il pensait que dans le monde du travail actuel, elle ne pourrait « survivre », avec les symptômes dont elle était atteinte, parce qu'aucun employeur ne pourrait lui faire confiance, en ce sens que cet aspect fluctuant de son état ne pourrait être prévisible.

En matière de troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie, la difficulté provenait du fait que l'on ne pouvait que présumer l'origine des symptômes, d'une part, mais également des conditions qui étaient de nature à diminuer ou à augmenter les symptômes en question. Tout patient n'avait pas nécessairement besoin de l'AI et les symptômes étaient différents d'un patient à l'autre. Il a confirmé qu'il n'y avait pas de suivi psychiatrique, quand bien même plusieurs médecins, dont lui, en avaient conseillé un. Il pensait que sa patiente avait suivi sa propre évolution jusqu'ici et avait en quelque sorte fait son auto thérapie car elle avait beaucoup de ressources psychiques. Toutefois, il pensait qu'un tel suivi serait utile.

Sur question du conseil de la recourante, il a déclaré que les symptômes qui l'empêchaient effectivement de travailler avaient évolué dans le temps, n'étant pas toujours de même nature. Il pensait en particulier aux douleurs de la sphère crânienne et cervicale, très handicapantes, mais aussi à un certain moment, à des hyperacousies, qui étaient restées inexplicables par les ORL. Dans son cas, la fatigue extrême était un syndrome cardinal. Il notait également d'importantes fluctuations de poids, qu'il attribuait à une mauvaise évaluation des besoins. Il n'avait pas constaté d'amélioration robuste au cours du temps. Par moment, cela allait mieux, mais l'on ne pouvait pas dire que ces améliorations étaient durables. Au final, il parlerait plus d'une situation stable.

Sur la question de savoir s'il existait des limitations et des troubles de la concentration, de l'adaptation et de la mémoire notamment, le conseil de la recourante lui ayant indiqué que le psychiatre de l'intimé n'avait pas noté de tels troubles, il a exposé que ces symptômes étaient tellement envahissants que l'ensemble de ses facultés cognitives en était affecté. La fluctuation de ces symptômes pouvait aussi être une explication de la raison pour laquelle le psychiatre qui l'avait examinée n'avait pas détecté de troubles de cette nature.

47. Lors d'une comparution personnelle du jour même, la recourante a indiqué ne plus être suivie par la clinique allemande, mais qu'elle effectuait toujours des séjours à la clinique Alpstein, la dernière fois au mois de mai 2020. Dans la mesure où les traitements qui lui étaient prodigués dans cet établissement étaient de l'ordre de la médecine alternative, de la remise en forme et autres, non pris en charge par

l'assurance-maladie, la fréquence de ses séjours tenait à ses disponibilités financières.

48. En date du 30 octobre 2020, la recourante a conclu, au vu des enquêtes, qu'une expertise psychiatrique et rhumatologique s'avérait toujours nécessaire. En effet, la répercussion des troubles sur sa capacité de travail avait été manifestement sous-estimée par les experts désignés par l'intimé. Une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 30% paraissait totalement irréaliste, au vu de ses limitations. S'agissant d'un trouble somatoforme douloureux, il incomberait aux experts d'appliquer les critères fixés par la jurisprudence.

49. Le 2 novembre 2020, l'intimé a également persisté.

    Il a communiqué un rapport de la doctoresse AB_____, médecin du SMR, du 18 mai 2020. Elle a notamment relevé que les sources d'apport des métaux signalés dans le rapport d'analyse d'urine d'Unilabs étaient multiples, allant de l'eau au tabac, en passant entre autres par des médicaments, des vaccins, des soins dentaires, et l'alimentation. De tels résultats relevaient d'une excrétion dans les urines et en aucun cas ne faisaient acte de surcharge au niveau de l'organisme. Aucune corrélation avec une maladie précise n'était à mettre en évidence. Concernant les résultats des analyses sanguines, il était constaté un dosage élevé de certaines vitamines, ce qui indiquait que la recourante prenait des substituts vitaminiques, mais ces dosages n'avaient aucune influence sur sa santé. Les sérologies relevaient d'anciennes infections non actives actuellement, ce qui était tout à fait banal à cet âge. D'un point de vue scientifique, il n'y avait pas d'affections chroniques post-infectieuses connues avec les anciennes maladies qui étaient guéries. Enfin, le rapport du 28 février 2020 du Dr Z_____ mentionnait une parodontite chronique et plusieurs germes de la flore buccale habituelle. Le laboratoire avait proposé un traitement dentaire local. Pour le SMR, ces germes faisaient partie de la flore de la cavité buccale. Une parodontite était une inflammation caractérisée par un problème d'hygiène dentaire, une mauvaise juxtaposition dentaire et le tabac, mais une infection systématique (que la recourante n'avait pas) ne pouvait en être responsable. Une parodontite, avec un traitement dentaire bien conduit et l'arrêt du tabac, était un problème qui ne s'accompagnait généralement pas de limitations fonctionnelles et n'entrainait pas d'incapacité de travail sur le long terme. Les médecins de l'« Alpstein Clinic » pratiquaient de la médecine alternative, non reconnue sur le plan scientifique. Ainsi, les divers documents produits par la recourante n'apportaient pas d'éléments médicaux objectifs permettant de modifier l'appréciation du cas.

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. 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. 83 LPGA).

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

5. 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 (al. 2).

   L'art. 16 LPGA prévoit que, 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.

6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

   On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

   b. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit

puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

c. Le diagnostic de fibromyalgie, qui est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, doit s'appuyer lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_430/2009 du 27 novembre 2009 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.1.3 et 3.2.2.3).

7. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

b. Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

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

3. Comorbidités

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

(cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un trouble somatoforme douloureux, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont relevants dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

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

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

C. Axe « contexte social »

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

Des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

8. a. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et

conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

b. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1),

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n’est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

c. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas

le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

9. 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 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.

   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).

   Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3).

    Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

12. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 27 février 2019, l'intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 30%.

    Cette appréciation est basée sur les avis du SMR, eux-mêmes fondés sur le rapport d'examen du SMR réalisé par le Dr U_____ et la Dresse V_____, ainsi que sur le rapport d'expertise du Dr Y_____.

13. a. Compte tenu des diagnostics de fibromyalgie et de trouble de la personnalité retenus par les médecins du SMR, la chambre de céans rappellera à titre liminaire qu'il y a lieu, depuis l'arrêt du 3 juin 2015, d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standard.

    b. Le Dr U_____ et la Dresse V_____ ont présenté une première version de leur rapport le 8 décembre 2015, laquelle ne figure pas au dossier de l'intimé. Cette version a été considérée comme insuffisamment claire sur certains points, en particulier sur la capacité résiduelle de travail, et comme ne répondant pas aux indicateurs développés par la jurisprudence (cf. avis du 14 janvier 2016 de la Dresse T_____).

    Les examinateurs ont alors rendu un second rapport, daté du 9 février 2016 et remplaçant celui du 8 décembre 2015.

14. a. La chambre de céans constate d'emblée que cette nouvelle version ne permet pas non plus une appréciation concluante du cas en regard des critères jurisprudentiels.

    b. En effet, les examinateurs du SMR se sont contentés d'affirmer que la fibromyalgie n'entrainait aucune incapacité de travail car la recourante avait les ressources pour s'occuper de ses soins corporels et de l'hygiène, gardait des contacts avec son entourage et ses amis, sortait le chien et faisait avec ce dernier de longues balades. Elle ne bénéficiait d'aucune prise en charge psychiatrique, disposait de bonnes capacités d'adaptation, décrivait une vie normale et sa dépendance à ses parents, qui l'aidaient en toute circonstance, résultait d'un choix

personnel. Ils ont estimé que l'intéressée conservait des ressources personnelles dans les activités de la vie quotidienne qui lui permettraient de vivre seule de façon autonome.

En l'absence de tout exemple et de toute argumentation, les constatations des examinateurs s'apparentent en réalité à de succinctes conclusions, dépourvues de motivation.

Les médecins auraient dû procéder à une analyse détaillée des facteurs extérieurs incapacitants et des ressources de compensation de la recourante, indiquer si et dans quelle mesure cette dernière disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs, et livrer une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment concernant la capacité de travail résiduelle.

c. La chambre de céans relèvera encore que leur appréciation est difficilement compréhensible au vu du descriptif des activités quotidiennes. Ainsi, les médecins ont noté que la recourante se levait le matin, buvait un café et fumait, puis sortait le chien « dans le jardin », lisait « à la maison » et travaillait un peu sur l'ordinateur. L'après-midi, en fonction de son état, elle faisait une sieste puis de « longues » balades avec son chien, tous les jours si son état de santé le lui permettait, sinon « quelques fois » par semaine. Aucun loisir n'est mentionné et il est précisé que la recourante déclarait ne pas pouvoir regarder la télévision et ne pas s'occuper des tâches ménagères. Une telle journée-type ne saurait être qualifiée de « normale ». De plus, l'intéressée a expressément indiqué à l'intimé que les douleurs et symptômes présentés, dont une hyperacousie, une fatigue et des douleurs chroniques, des maux de tête et des troubles de la concentration, avaient un impact sur son quotidien, ajoutant qu'elle ne pouvait pas sortir dans des endroits un tant soit peu bruyants sans porter un casque de protection. Dans le même sens, elle a écrit aux examinateurs le 20 novembre 2015, soit avant que ceux-ci ne rendent leur premier rapport, qu'elle cherchait « à guérir et à pouvoir reprendre une vie aussi normale que possible », qu'elle n'était pratiquement pas sortie de la maison durant ses dernières vacances en Grèce à cause du bruit. Tous ces éléments n'ont pas été pris en considération dans le rapport d'examen.

En ce qui concerne les contacts sociaux, les examinateurs ont uniquement indiqué que l'intéressée avait des amis et des connaissances qu'elle voyait « régulièrement », avec lesquels elle discutait ou partageait un repas à la maison. Le rapport du SMR ne contient aucune précision quant au cercle amical de l'intéressée, quant à la nature et la fréquence de ses différents contacts sociaux, de sorte que ses conclusions selon lesquelles la recourante aurait une « vie sociale normale » ne sont pas convaincantes. En effet, dans son courrier du 20 novembre 2015 adressé aux examinateurs, l'intéressée a par exemple déclaré que le repas organisé par ses parents pour ses 40 ans avait dû être annulé, qu'elle devait souvent couper court à des conversations téléphoniques avec des amis ou refuser leurs appels, ou qu'elle n'avait pas vu sa filleule depuis des mois. Dans un document joint à son courrier du

24 mai 2018, elle a encore précisé qu'elle avait dû renoncer à assister à plusieurs mariages et à un baptême d'être chers.

S'agissant de l'autonomie de l'intéressée, les médecins ont relaté qu'elle n'effectuait pas les tâches ménagères, hormis la cuisine « parfois » et les courses avec ses parents « de temps en temps ». Ils ne semblent pas avoir interrogé l'intéressée sur les raisons de son manque de participation aux travaux domestiques, puisque leur rapport ne contient aucune indication à ce propos, mais ils ont considéré que la recourante serait apte à vivre seule de manière autonome et que sa dépendance vis-à-vis de ses parents était volontaire. Cette estimation va à l'encontre des déclarations de l'intéressée, qui a notamment écrit dans son courrier du 18 février 2015 qu'elle avait été contrainte de retourner vivre chez ses parents par manque d'autonomie puisqu'elle ne parvenait plus à réaliser du tout ou seulement difficilement certaines tâches, ajoutant dans sa missive du 20 novembre 2015 qu'elle avait vécu seule à partir de ses 18 ans, hormis entre deux déménagements ou lors de « crises » trop violentes. Dans le document joint à sa lettre du 24 mai 2018, elle a mentionné qu'elle avait de la peine à porter des casseroles lourdes, à éplucher des légumes ou encore à ouvrir des bocaux. De telles plaintes ne ressortent pas du rapport d'examen du SMR.

Les examinateurs n'ont pas expliqué non plus ce qui leur avait permis de retenir que la recourante disposait de bonnes capacités d'adaptation. On cherche en vain des exemples dans leur rapport, étant rappelé que la recourante n'a exercé aucune activité depuis 2012 et que son quotidien semble se résumer depuis lors à rester enfermée au domicile parental et à se promener une fois par jour avec son chien si elle le peut.

15. Partant, le rapport d'examen du SMR ne permet pas de tirer des conclusions quant à la capacité de travail exigible de la recourante, eu égard aux indicateurs développés par la jurisprudence.

16. a. La chambre de céans relèvera encore que les diagnostics retenus par le Dr U_____ et la Dresse V_____ ne sauraient à ce stade être considérés comme établis.

b. Si les examinateurs ont bien expliqué que la fibromyalgie était confirmée par plusieurs critères, dont les points décrits par Smythe et d'autres plus récents, leur motivation est laconique concernant d'autres atteintes pouvant également entrer en considération.

Ils ont en effet indiqué qu'ils n'avaient pas objectivé de symptômes en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ou d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils se sont contentés d'affirmer que la recourante présentait une amplification des plaintes, qui n'était pas accompagnée d'un sentiment de détresse, ni d'un comportement algique, sans développer davantage leur argumentation. Cette explication est manifestement insuffisante pour écarter le diagnostic différentiel de trouble douloureux somatoforme, lequel

est caractérisé par une douleur intense et persistante accompagnée d'un sentiment de détresse. En effet, il est rappelé, d'une part, les douleurs persistantes et importantes rapportées par la recourante depuis 2012, qui l'ont conduite à de nombreuses consultations spécialisées et investigations, et d'autre part, la constatation d'un état anxio-dépressif ou dépressif (cf. rapports du 15 mai 2014 du Dr L_____, du 7 août 2014 de la Dresse P_____, du 6 mars 2015 du Dr C_____, des 30 mars 2015 et 13 mars 2017 du Dr Q_____), qui a incité la plupart des médecins consultés à préconiser un suivi psychologique. La recourante elle-même a indiqué dans plusieurs de ses correspondances que ses troubles et leurs conséquences sur sa vie quotidienne avaient des répercussions sur son état de santé psychique, et s'est dite « dépressive et nerveuse » lors de son examen au SMR.

Dans ces circonstances, les examinateurs se devaient de discuter de façon approfondie les diagnostics différentiels, ce d'autant plus que leur rapport est le seul à faire état d'une fibromyalgie et que la Dresse V_____ est l'unique spécialiste en psychiatrie à avoir examiné la recourante.

c. Le rhumatologue a diagnostiqué des cervico-scapulalgies bilatérales, sans déficit neurologique, sur des troubles statiques (rigidité du segment C2-C4) et dégénératifs (protrusions discales C5-C6 et C6-C7 à prédominance droite), diagnostics qui paraissent peu précis au vu des pièces du dossier, voire incomplets.

À titre d'exemples, il est rappelé que l'IRM de juillet 2011 a révélé une progression de la dessiccation du disque C2 à C7 (cf. rapport du 20 juillet 2011 de la Dresse K_____) et que les radiographies de 2013 ont mis en exergue des signes de calcification antérieure du disque intervertébral C5-C6 (cf. rapports du 4 novembre 2013 de la Dresse K_____). Or, ces troubles n'ont pas été repris par le Dr U_____ dans ses diagnostics. On relèvera également que l'examinateur du SMR a constaté que les segments C2-C4 et C4-C7 étaient peu mobiles, mais qu'il n'a rappelé que le premier segment dans ses diagnostics.

d. L'hyperacousie diagnostiquée par un spécialiste en ORL (cf. rapport du 2 mai 2014 du Dr O_____) n'est pas non plus mentionnée par les examinateurs du SMR, alors que ce trouble concernait une des principales plaintes de la recourante.

e. Le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline (F.60.31), non décompensée, n'a pas fait l'objet d'une réelle argumentation.

La psychiatre n'a en particulier pas discuté les critères cliniques permettant de conclure à un tel trouble. Elle s'est contentée de noter, au status, que la recourante était labile, facilement irritable, par moments tendue, instable et très immature, qu'elle avait des capacités d'anticipation réduites, une mauvaise image de soi, un sentiment de vide et une tendance à la manipulation. Elle n'a livré aucun exemple à l'appui de ses « constatations » et rien dans le rapport d'examen ne vient conforter de tels éléments. Les anamnèses (personnelle, familiale, professionnelle, psychosociale), ainsi que le résumé du quotidien, ne contiennent pas la moindre

information pertinente aux niveaux relationnel et comportemental. Les rapports affectifs, amicaux et professionnels n'ont pas du tout été décrits.

L'examinatrice a noté qu'il ne s'agissait pas d'un trouble « grave ayant valeur de maladie », qui supposait des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la deuxième dizaine d'années de vie. Cette justification quant au degré de gravité apparaît insuffisante, ce d'autant plus que les « ouvrages diagnostiques de référence » ne sont pas du tout cités. De surcroît, elle paraît discutable, compte tenu des lacunes anamnestiques. En définitive, le rapport d'examen ne contient aucun élément permettant d'apprécier l'intensité du diagnostic psychiatrique retenu par la Dresse V_____.

f. La psychiatre a indiqué que son examen clinique n'avait pas montré de « dépression majeure » ou d'« anxiété généralisée », sans aucune motivation.

Il est incompréhensible que la spécialiste n'ait pas procédé à une analyse des critères diagnostiques de la dépression et de l'anxiété, ni n'ait eu recours aux échelles principales d'évaluation.

Un examen minutieux s'imposait pourtant puisque la plupart des médecins consultés ont conclu à un état anxio-dépressif ou dépressif, et relaté de nombreux symptômes, dont une thymie triste, une perte de l'élan vital, une importante fatigue, une perte de poids de 10 kg, des difficultés de concentration et de mémoire.

17. En ce qui concerne le rapport d'expertise du 12 novembre 2018 du Dr Y_____, ce dernier a dûment motivé les raisons pour lesquelles il écartait le diagnostic de maladie de Lyme.

    Cela étant, son analyse concernant d'éventuelles autres maladies infectieuses est peu développée. Il a pour l'essentiel expliqué que la positivité des sérologies ne reflétait pas une infection active mais « possiblement » une « immunité acquise ancienne » contre ces pathogènes. Il a en outre relevé que certains résultats étaient ininterprétables, et il ne s'est pas prononcé sur les allégations de taux toxiques de certains métaux lourds, ajoutant qu'un bilan toxicologique pourrait être utile afin d'en valider le contenu.

    Enfin, son rapport date de plus de deux ans et demi et la recourante, qui en conteste les conclusions, s'est depuis lors soumise à de nouveaux examens.

18. Eu égard à tout ce qui précède, une instruction complémentaire se révèle indispensable.

    Compte tenu des lacunes du rapport d'examen du SMR, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, comportant des volets en psychiatrie et rhumatologie.

    Cas échéant, il incombera aux experts de solliciter des avis complémentaires auprès d'autres spécialistes, notamment en neurologie, ORL, infectiologie, et de compléter

leur évaluation par un examen neuropsychologique, vu les troubles cognitifs allégués.

Il est essentiel que les experts se déterminent sur la gravité et l'impact d'une éventuelle atteinte psychique, d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, avec une évaluation consensuelle permettant d'intégrer les éléments psychiques et somatiques. Ils devront se prononcer sur la capacité de travail globale, eu égard aux critères énoncés par la jurisprudence.

19. Par conséquent, le recours sera partiellement admis, la décision du 27 février 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

20. 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. 1^{bis} 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 27 février 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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