

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffière : Mme Tagliani

* * * * *

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourante, représentée par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 17 LPGA ; 28 al. 1, 2 et 59 al. 2^{bis} LAI ; 88a RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], célibataire, au bénéfice d'un certificat de capacité d'employée de commerce, travaillait auprès des [...] (ci-après : [...]) depuis le 1^{er} septembre 1990 ; elle y a occupé plusieurs postes, dont le dernier en qualité de vendeuse de voyages.

Le 5 novembre 2015, elle a subi un traumatisme crânien simple, en se relevant contre l'angle d'une fenêtre ouverte. Le 26 novembre 2015, elle a présenté une coupure du majeur de la main gauche en coupant du pain. Ces événements ont fait l'objet de déclarations d'accident et entraîné une période d'incapacité de travail dès le 26 novembre 2015.

Par demande du 7 avril 2016, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué qu'elle souffrait de migraines bilatérales avec douleurs jusqu'aux épaules depuis de longues années, d'une hypersensibilité à la lumière et au bruit, d'un état général défaillant, d'angoisses, de difficultés de concentration, d'une élocution parfois incohérente, d'une altération de la mémoire, d'épuisement physique, d'une grande fatigue, d'un état dépressif chronique et de nausées. Son taux d'occupation était de 90 %.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli le dossier de l'assurée auprès de son assurance-accidents. Il en ressort que cette dernière avait refusé la prise en charge de l'atteinte à la santé du 5 novembre 2015, faute de lien de causalité avec les troubles déclarés. Cette décision était notamment fondée sur un rapport d'évaluation interdisciplinaire daté du 15 mars 2016, laquelle avait été effectuée à la Clinique W._____ (ci-après : la Clinique W._____). En particulier, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait les diagnostics de trouble maladif de la personnalité anxieux et évitant (F60.6), de trouble hypocondriaque (F45.2) et d'état anxiodépressif

chronique (F41.2). Il concluait sa partie de l'évaluation comme suit : « Vu le caractère profondément ancré (« cristallisé ») d'un noyau névrotique ancien dans le cadre d'une personnalité anxieuse évitante, avec sur-ajout d'un nouveau noyau névrotique sous forme d'une fausse conviction hypocondriaque d'avoir une « blessure au cerveau » après l'accident de novembre 2015, le pronostic quant à une nette amélioration ou une guérison, est très réservé ».

Par formulaire de détermination du statut économique signé le 19 avril 2016, l'assurée a déclaré que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 90 % depuis le 1^{er} juillet 2008, comme vendeuse de voyages.

Interpellée par l'OAI, la Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué dans un rapport du 17 mai 2016 que sa patiente souffrait de migraines avec aura depuis 2005, d'un état anxio-dépressif depuis 2015, et présentait divers status après chirurgie bariatrique et interventions plastiques notamment. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée après le traumatisme crânien de novembre 2015 n'avait montré aucune anomalie. L'activité professionnelle habituelle n'était plus exigible. Dans un rapport subséquent du 3 octobre 2016, cette médecin a précisé que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était nulle également, depuis novembre 2015.

Par rapport du 14 juin 2016, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI que l'assurée le consultait depuis 2006 et qu'elle souffrait d'un épisode dépressif sévère depuis décembre 2015. Elle bénéficiait d'un traitement médicamenteux et d'un suivi psychothérapeutique. Selon un rapport subséquent de ce médecin, du 26 décembre 2016, la capacité de travail dans toute activité était nulle depuis novembre 2015.

Par courrier du 17 août 2016, l'employeur de l'assurée l'a informée qu'il ne la considérait durablement plus apte à exercer sa

fonction. Il se basait notamment sur un rapport d'examen émanant de son service médical.

Par avis du 26 juin 2017, le Service médical régional de Suisse romande de l'OAI (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, en médecine interne, neurologie et psychiatrie. Le médecin du SMR relevait qu'en l'état actuel du dossier, il fallait examiner l'existence d'un trouble de type somatoforme ou d'une psychopathologie réellement incapacitante.

Par rapport du 9 juin 2017, indexé par l'OAI le 19 juillet suivant, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du centre de la mémoire du Centre hospitalier [...], a fait réaliser un examen neuropsychologique et posé le diagnostic de trouble cognitif léger dans le contexte d'un syndrome anxiodépressif avec douleurs chroniques.

Par rapport du 11 avril 2017, indexé par l'OAI le 19 juillet suivant, le Dr M._____, médecin praticien, a indiqué qu'il retenait les diagnostics de polyarthralgies (dans le cadre d'une fibromyalgie, d'une hypermobilité articulaire, et d'un déconditionnement musculaire global), de migraines chroniques et d'état anxiodépressif. Il relevait dans l'anamnèse qu'elle souffrait de migraines depuis l'âge de 13-14 ans. L'état de santé de l'assurée remplissait bien les critères d'une fibromyalgie, toutefois il restait dubitatif à l'examen clinique, en raison de l'hypermobilité articulaire qu'il avait constatée et du fait qu'elle remplissait également les nouveaux critères du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Ce diagnostic pouvait expliquer la symptomatologie douloureuse, mais aussi l'intolérance et l'inefficacité des antalgiques testés jusqu'alors.

Par rapport du 3 janvier 2018, le Centre d'expertises G._____
(ci-après : le Centre d'expertises G._____) a transmis les conclusions de ses experts à l'OAI, soit du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et

de la Dre R._____, spécialiste en neurologie. Les experts ont retenu consensuellement les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dépression moyenne (F32.1), d'agoraphobie sans trouble panique (F40.0), et de migraines avec et sans aura. Le diagnostic de traumatisme crânien léger le 5 novembre 2015, avec syndrome post commotionnel, était retenu comme n'entraînant aucune répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont estimé que l'activité professionnelle habituelle de l'assurée était adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui était également le cas de toute activité compatible avec sa formation d'employée de commerce. Elle présentait une capacité de travail réduite à 50 % au moment de l'expertise, en raison de ses limitations fonctionnelles psychiatriques. Les symptômes de l'état dépressif étaient à l'origine notamment des troubles de la concentration, de la mémoire, et des céphalées persistantes et amplifiées. Toutefois, avec les adaptations de traitement qu'ils suggéraient, elle devait pouvoir retrouver une capacité de travail de 80 % trois mois plus tard, et l'augmenter progressivement pour atteindre 100 % après une année. Sur le plan neurologique, en raison des migraines préexistantes à l'accident du 5 novembre 2015, qui étaient déjà responsables d'un absentéisme professionnel de l'ordre de quatre jours par mois, les experts retenaient une incapacité de travail de 10 % dans l'activité habituelle. La capacité de travail était donc de 90 % dans un délai d'une année. Les experts préconisaient la poursuite du traitement antidépresseur récemment initié, avec *monitoring* régulier, ainsi que la poursuite de la psychothérapie, à un rythme plus régulier. Dans le cas où l'évolution clinique ne serait pas favorable après une année, l'expert psychiatre conseillait de procéder à une réévaluation uniquement psychiatrique.

Par rapport du 12 février 2018, le SMR a constaté que l'expertise du Centre d'expertises G._____ était plus optimiste sur le plan psychiatrique que celle du Dr S._____ de la Clinique W._____. Rétrospectivement et en tenant compte des appréciations globalement concordantes des experts du Centre d'expertises G._____ et de ceux de la Clinique W._____, la date du début de l'aptitude à la réadaptation

pouvait être fixée à la date de l'examen interdisciplinaire de la Clinique W._____, soit au printemps 2016.

Par rapport du 10 juillet 2018, transmis par l'assurée à l'OAI, le Dr M._____ a indiqué qu'il la suivait depuis le 5 avril 2017 et qu'il retenait désormais, outre les migraines chroniques et l'état anxiodépressif, des polyarthralgies dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et d'un déconditionnement musculaire global. Il rapportait des plaintes de céphalées et de fatigue, ainsi que l'extension des douleurs sur le corps, prenant toutes les régions articulaires avec une sensation de tension, des douleurs lombaires basses, des douleurs nocturnes, et des cervicalgies. Le Dr M._____ avait réalisé des examens cliniques, rempli plusieurs tableaux de critères médicaux et concluait que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile devait être posé. En outre, l'exclusion sociale se surajoutait à la symptomatologie douloureuse.

Par rapport initial du 21 août 2018, le service de réadaptation de l'OAI a constaté que les rapports du Dr M._____ ne semblaient pas avoir été pris en compte par les experts, que l'assurée rapportait une aggravation de son état de santé, notamment de ses migraines, que la capacité de travail avait été estimée de manière conditionnelle, sujette à une modification thérapeutique. Le spécialiste en réadaptation de l'OAI a organisé un stage dans un centre d'observation professionnelle (ci-après : COPAI), auprès de l'Y._____ (ci-après : l'Y._____).

Par rapport du 16 octobre 2018, le COPAI a fait part de ses observations à l'OAI, relatives au stage qui s'y était déroulé du 10 septembre au 5 octobre 2018, à un taux de présence prévu de 50 %. L'assurée avait été absente pour des raisons médicales liées à ses migraines durant six jours, et elle avait dû partir plus tôt que prévu, en raison de douleurs. Le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, avait examiné l'assurée dans le cadre de la mesure d'observation. Il relevait qu'à l'anamnèse systématique, l'assurée avait indiqué souffrir de migraines, de céphalées permanentes, de douleurs musculo-squelettiques pratiquement constantes depuis

l'adolescence, de subluxations articulaires récidivantes même sans effort, d'hématomes pour des chocs minimes, de troubles dysautonomiques, de palpitations et épisodes tachycardiques, de troubles digestifs dits fonctionnels, d'une fatigue chronique, de troubles cognitifs et du sommeil, d'une intolérance ou inefficacité médicamenteuse multiple. Le Dr L._____ avait évalué le score d'hypermobilité de Beighton à 7/9 à deux reprises, lors de consultations distinctes, et observé des hématomes, des points douloureux le long de l'omoplate gauche et à la nuque. Il soutenait le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, posé par le Dr M._____, en se fondant sur l'anamnèse systématique dirigée et son examen physique. Le tableau des critères rempli par le Dr M._____ était correct. Selon le Dr L._____, le syndrome d'hyperlaxité ligamentaire expliquait le ralentissement inhabituel du traumatisme crânien apparemment banal de 2015, par le biais d'une subluxation cervicale haute ou d'une instabilité cervicale, décompensée par le choc. Il fallait tenir compte de la plainte de l'assurée, selon laquelle les céphalées chroniques avaient commencé dans les suites immédiates du traumatisme. Il écartait ainsi les expertises de la Clinique W._____ et du Centre d'expertises G._____, qui n'avaient pas recherché ni évoqué une hyperlaxité ligamentaire. Le pronostic et l'évaluation de la capacité de travail s'en trouvaient radicalement modifiés. Les troubles psychiatriques devaient être contextualisés dans le cadre du nouveau diagnostic somatique. L'assurée n'avait montré aucun signe de majoration ou d'autolimitation volontaires et sa collaboration avait été irréprochable. Ses rendements étaient symboliques, de 15 à 20 % dans « ¼ de temps », avec une qualité médiocre et un rythme de travail très faible. Elle était intolérante au bruit, à la lumière, portait constamment des lunettes noires, se plaignait de douleurs et de fatigue, était très émotive, hypersensible, pleurait souvent, se culpabilisait de ne pas parvenir au résultat escompté, était ralentie, manquait de force, ne trouvait pas de position confortable et ne parvenait pas à se concentrer plus de quelques minutes sur une tâche. Le Dr L._____ ajoutait qu'il se demandait si les experts de la Clinique W._____ et du Centre d'expertises G._____ avaient examiné la même personne, vu l'état physique et psychique pitoyable dans lequel il l'avait trouvée ; il était vrai que deux ans et demi, respectivement un an,

s'étaient écoulés depuis ces expertises, pendant lesquels les symptômes avaient plutôt augmenté. Le COPAI, reprenant les conclusions du Dr L._____, considérait que la capacité de travail et le rendement de l'assurée étaient trop faibles pour être exploités dans l'économie, quelle que soit l'activité.

Sur recommandation du SMR, constatant l'incompatibilité entre l'appréciation du Dr M._____ et celle du rhumatologue de la Clinique W._____, l'assurée s'est soumise à un examen clinique rhumatologique du SMR le 14 janvier 2019. Cet examen a été mené par le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, qui a établi son rapport le 12 février 2019. Il ne retenait aucun diagnostic ostéoarticulaire avec répercussion durable sur la capacité de travail ; les autres diagnostics, soit une vraisemblable hypermobilité articulaire généralisée, une fibromyalgie, et un status après fracture de la rotule ostéosynthésée en 1984, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Dr N._____ évaluait la capacité de travail de l'assurée comme étant entière, tant dans une activité adaptée que dans l'activité habituelle, depuis le début de son activité de vendeuse en voyages. Il exposait que lors de l'évaluation à la Clinique W._____, l'assurée ne s'était pas plainte de problèmes ostéoarticulaires, et les experts du Centre d'expertises G._____ n'en avaient pas retenu non plus. Le Dr N._____ retenait une probable hypermobilité de longue date, anamnestiquement depuis l'enfance. L'assurée avait choisi une activité professionnelle compatible. Il ne s'alignait pas sur l'avis du Dr L._____, qui faisait « l'amalgame des symptômes multiples de l'assurée concernant le syndrome hypermobile, l'état anxio-dépressif, le problème de céphalées, les troubles cognitifs ». La vraisemblable hypermobilité articulaire généralisée justifiait des limitations fonctionnelles. Le dossier était complexe en raison des problématiques multiples, et le Dr N._____ n'était pas en mesure de finaliser le cas en rendant un rapport final, ce pour quoi il renvoyait au médecin-conseil du SMR qui avait rédigé les avis et préconisé l'examen rhumatologique.

Par avis médical du 14 mai 2019, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, considérant ce qui suit :

« En ce qui concerne les douleurs musculosquelettiques, elles ont été imputées par le Dr M. _____ d'abord à une fibromyalgie (RM du 11.04.2017 GED 19.07.2017) puis à un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (RM du 10.07.2018 GED 03.08.2018) - appréciation qu'a reprise sans autres le médecin-conseil de Y. _____ de [...] (RM du 05.10.2018 GED 16.10.2018) - alors que la Dre A. _____, rhumatologue à [...] (février 2017), le Dr O. _____ à la Clinique W. _____ de [...] (GED Dossier SUVA 21.04.2017) et le Dr N. _____ au SMRSR ont pu valablement exclure ce diagnostic au profit du diagnostic de fibromyalgie associée à une hypermobilité articulaire banale. De l'avis de ces spécialistes, la CT exigible est complète dans l'activité habituelle (vendeuse de voyage aux [...]) et ceci n'est pas contestable nonobstant le rapport calamiteux de Y. _____ du 16.10.2018.

On est donc en présence d'un trouble douloureux sans base étiopathogénique somatique précise. Les données anamnestiques récoltées lors de l'examen clinique au SMRSR font pour le moins suspecter un sensible appauvrissement des ressources adaptatives. On ne trouve pas les mêmes indications dans le rapport d'expertise de médecine interne/psychiatrie/neurologie du 03.01.2018. Dans ledit rapport, l'expert psychiatre qui retenait à ce moment-là une IT de 50 % envisageait une future amélioration à la faveur notamment d'une intensification de la prise en charge psychothérapeutique et psychopharmacologique ; ceci ne semble pas être le cas car la médication psychoactive est inchangée et le suivi psychiatrique à quinzaine ».

Par courrier du 5 juin 2019, Me Jeanne-Marie Monney a informé l'OAI de son mandat de représentation en faveur de l'assurée. Cette dernière contestait la valeur probante du rapport du Dr N. _____ pour plusieurs raisons, dont le déroulement de l'examen clinique, et demandait la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Par rapport du 1^{er} novembre 2019, le Dr H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué qu'il avait reçu l'assurée à sa consultation sur demande de la Dre I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il retenait notamment les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, dont il listait plusieurs manifestations, de traumatisme crânio-cérébral léger en 2015 avec syndrome post-commotionnel, d'état dépressif chronique, de périarthrite de la hanche droite, des migraines chroniques avec et sans aura, de

diverticuloses intestinales et de syndrome fémoro-patellaire droit. Le Dr H. _____ considérait que l'assurée remplissait clairement les critères de la classification internationale de 2017 du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, qui avait probablement été « taxé initialement par erreur de fibromyalgie ». Se posait également la question d'un éventuel syndrome d'activation des mastocytes associé, pour lequel il recommandait une consultation d'immuno-allergologie. Sur le plan professionnel, au vu des troubles cognitifs et de la fatigue dans le cadre du syndrome d'Ehlers-Danlos, il considérait que seule une activité occupationnelle était envisageable, comme constaté par le COPAI.

Par rapport d'expertise du 29 janvier 2020, le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble hypocondriaque (F45.2), d'accentuation de certains traits de personnalité, sous forme anxieuse, évitante et psychonévrotique (Z73.1), ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, utilisation continue (F13.25, en lien avec une prescription de benzodiazépine). L'expert précisait que les diagnostics de traits accentués de la personnalité et d'hypocondrie étaient très proches, et formaient un ensemble d'anxiété non spécifique qu'il aurait pu qualifier de trouble anxieux sans précision (F41.9). Il retenait également des troubles cognitifs légers, s'appuyant sur le rapport d'examen neuropsychologique du 27 janvier 2020 qu'il avait fait réaliser par M. C. _____, psychologue FSP. Ce dernier concluait à une capacité de travail de huit heures par jour dans l'activité habituelle, avec une diminution de rendement de 20 %. Le Dr Z. _____ notait que les troubles neuropsychologiques constatés objectivement étaient très nettement en décalage avec les plaintes subjectives. Il avait également fait réaliser un examen sanguin, qui avait révélé une observance médicamenteuse. Selon le Dr Z. _____, les troubles constatés s'inscrivaient très bien dans une sensibilité dépressive avec une compensation actuelle à niveau léger, et un trouble anxieux assez peu spécifique mais existant. Il ne suivait pas l'appréciation de la Clinique W. _____ quant à un trouble de la

personnalité anxieuse, les critères diagnostiques n'en étant pas remplis. Il en allait de même des troubles phobiques, car il n'y avait pas d'inhibition de principe et pas de paralysie. Il confirmait en revanche dans une très large mesure la forte fixation de l'assurée sur des manifestations, faiblesses et troubles corporels, psychiques et cognitifs. En prenant de la distance, il considérait que cette fixation avait auparavant été liée à l'accident de 2015, et s'était récemment déplacée en direction du syndrome d'Ehlers-Danlos, qui avait trouvé doublement écho chez le Dr M. _____ et le Dr L. _____, entretenant le processus d'invalidation. Des éléments anxieux, neurasthéniques et hypocondriaques se mélangeaient à des facteurs purement subjectifs d'accentuation. Néanmoins, il était clair que la partie véritablement atteinte de l'intéressée était très faible. Le Dr Z. _____ tenait la capacité de travail au moment de son expertise pour entière, mais associée à une diminution de rendement de 20 % et à des limitations fonctionnelles. Il n'était pas nécessaire de chercher une activité adaptée du point de vue psychiatrique. Quant au passé, il lui était difficile de se prononcer, mais il doutait fortement de l'existence d'un état dépressif sévère en 2016 ou de troubles neurocognitifs plus sévères, sans quoi d'autres mesures thérapeutiques auraient été prises. A ses yeux, il n'y avait jamais eu d'atteinte psychiatrique majeure et persistante.

Par avis du 16 avril 2020, le SMR a finalisé son appréciation en retenant comme atteinte principale à la santé un syndrome douloureux somatoforme persistant, avec un trouble cognitif léger, les autres diagnostics n'étant pas du ressort de l'AI (probable hypermobilité articulaire généralisée, fibromyalgie, accentuation de certains traits de personnalité, dépendance aux benzodiazépines, et trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique). Il a relevé que l'évolution de l'incapacité de travail de l'assurée depuis son début, le 26 novembre 2015, était difficile à retracer. Le médecin du SMR a proposé de retenir une incapacité totale de travail jusqu'au 25 septembre 2017, date de l'examen du Centre d'expertises G. _____, puis une incapacité de 50 % jusqu'au 28 janvier 2020, correspondant aux conclusions du Centre d'expertises G. _____, étant précisé que l'amélioration anticipée par ces experts ne s'était pas réalisée. Dès le 29 janvier 2020, date de

l'expertise psychiatrique du Dr Z._____, la capacité de travail était de 80 %, conformément aux conclusions de cet expert. L'activité habituelle était adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les travaux nécessitant de la force, le port de charges au-delà de 5 kg, la position assise ou debout plus de 45 min., la position statique au-delà de 20 min., une légère sensibilité anxiodépressive, de légers troubles cognitifs et une tendance anxieuse-évitante.

Par courrier du 27 mai 2020, l'assurée a contesté les conclusions du Dr Z._____ et du SMR. Elle a produit deux nouveaux rapports, établis respectivement le 30 avril 2020 par la Dre I._____ et le 8 mai 2020 par le Dr H._____. Ce dernier confirmait le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, détaillait les critères idoines retenus, se fondait sur un examen clinique et concluait à une capacité de travail dans une activité occupationnelle uniquement. Quant à la Dre I._____, elle contestait l'appréciation du Dr Z._____, notamment s'agissant des diagnostics. Elle retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), selon les critères de la CIM-10 que le Dr Z._____ n'avait pas appliqués. La Dre I._____ décrivait les symptômes qui l'avaient amenée à retenir ce diagnostic, et exposait pour quelles raisons l'état dépressif sévère de 2016, constaté par le Dr V._____, et l'état dépressif moyen retenu par le Centre d'expertises G._____, lui apparaissaient fondés. En particulier, le Dr Z._____ soutenait qu'en cas de dépression sévère, d'autres mesures thérapeutiques auraient été prises, sans mentionner lesquelles. Or, à la période en cause, soit en 2016, l'assurée consultait chaque semaine le Dr V._____, qui lui avait prescrit une médication antidépressive, ce qui représentait un traitement approprié. Le trouble hypocondriaque ne pouvait être retenu, entre autres car la croyance de l'assurée était soutenue médicalement, et qu'il pouvait tout au plus y avoir un désaccord entre les médecins sur le syndrome d'Ehlers-Danlos, mais pas entre l'assurée et le corps médical. Le médicament Lexotanil n'était pas pris à une dose de 6 mg par jour, comme exposé par le Dr Z._____, mais de 1,5 à 3 mg par jour, ce qui infirmait la thèse de ce dernier quant à des troubles liés à l'utilisation de sédatifs. L'influence des migraines et

céphalées n'avait été prise en compte que très partiellement, malgré l'évaluation du COPAI. La Dre I. _____ s'inscrivait également en faux avec les conclusions de M. C. _____ ; les tests effectués montraient *a minima* des troubles modérés de l'attention et de la mémoire. Les répercussions de ces troubles devaient être observées dans « le contexte de vie » de l'intéressée, ce qui avait été fait au COPAI et lors des séances d'ergothérapie dont l'assurée bénéficiait hebdomadairement depuis une année. La Dre I. _____ considérait que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité professionnelle.

Par avis du 29 mai 2020, le SMR a estimé que les éléments fournis par les Drs I. _____ et H. _____ relevaient d'appréciations différentes d'un même cas d'espèce, et ne modifiaient pas les limitations fonctionnelles. Il y avait lieu de se baser sur les conclusions précédentes du SMR.

Par rapport du 10 septembre 2020, le Dr H. _____ a indiqué que la nièce de l'assurée avait récemment été diagnostiquée avec un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, ce qui consolidait le diagnostic de l'intéressée.

Les 2 et 9 février 2021, une enquêtrice de l'OAI a procédé à une évaluation économique sur le ménage, au domicile de l'assurée. Par rapport du 21 février 2021, l'intervenante de l'OAI a confirmé le statut d'active à 90 % et ménagère à 10 %, en se fondant principalement sur un avis juridique de l'OAI du 13 juillet 2020. L'évaluation était divisée en trois périodes, soit celle allant du 26 novembre 2015 à juillet 2018, lorsque l'assurée vivait avec son compagnon et était proche aidante pour ses deux parents, puis celle allant de juillet 2018 à décembre 2019, alors qu'elle vivait seule et était proche aidante pour sa mère, et enfin celle depuis janvier 2020, alors qu'elle vivait seule et n'avait plus de rôle de proche aidante. Ses taux d'empêchement ménager pour ces trois périodes, tels qu'évalués par l'enquêtrice, s'élevaient respectivement à 2,5 %, 21,9 % et 19,9 %.

Par projet de décision du 24 février 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps, entière dans un premier temps, puis à raison d'un quart de rente, avant que son droit ne soit supprimé, comme suit :

- Elle avait le droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2016 (au terme du délai de carence d'une année dès le 25 novembre 2015) au 31 décembre 2017, sur la base d'un degré d'invalidité de 90,25 %, arrondi à 90 % (incapacité de travail entière dans la partie active, soit 90 %, et empêchement de 2,5 % dans la partie ménagère de 10 %, soit 0,25 %).
- Dans un deuxième temps, sa capacité de travail s'était améliorée dès le 26 septembre 2017, puisqu'elle avait alors été évaluée à 50 %, de sorte que trois mois plus tard, soit dès le 1^{er} janvier 2018, elle n'avait plus le droit qu'à un quart de rente, en application notamment de la nouvelle méthode d'évaluation pour les personnes partiellement actives. Le calcul tenait compte d'une incapacité de travail à 50 % dans sa part active de 90 %, soit 45 % d'invalidité, et d'un empêchement de 2,5 % dans sa part ménagère de 10 %, soit 0,25 %, pour un degré d'invalidité de 45,25 %, arrondi à 45 %.
- Puis, dès le 29 janvier 2020, elle avait recouvré une capacité de travail de 80 % dans toute activité, de sorte que son degré d'invalidité était désormais de 18,25 %, arrondi à 18 %, fermant le droit à une rente trois mois plus tard, le 30 avril 2020 (incapacité de travail de 20 % dans la part active de 90 %, soit 18 %, et empêchement de 2,5 % [sic] dans la part ménagère de 10 %, soit 0,25 %).

Par courrier du 26 mars 2021, l'assurée a formulé des objections à l'encontre du projet de décision précité. En substance, elle a fait valoir que son statut aurait dû être de 100 % active, car la diminution de son taux d'activité avait été motivée par son état de santé ; que les

empêchements retenus dans l'enquête ménagère ne correspondaient pas à la réalité, le taux d'empêchement s'élevant probablement plutôt à 70 % ; que l'instruction était lacunaire sur les diagnostics retenus et la capacité de travail ; et qu'il était nécessaire d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Plusieurs éléments n'avaient pas été, respectivement pas assez été pris en compte, soit notamment ses arguments quant à la valeur probante de l'examen rhumatologique du SMR et de l'expertise du Dr Z._____, ainsi que les appréciations des Drs M._____, L._____, H._____, et I._____.

Par courrier du 7 mai 2021, l'assurée a fourni de nouvelles pièces médicales à l'OAI à l'appui de ses objections. Par rapport du 30 mars 2021, la Dre I._____ indiquait que son état psychique était stationnaire, et allait vers une aggravation. Elle notait les mêmes symptômes anxiodépressifs, auxquels s'ajoutaient désormais des idées suicidaires, une labilité émotionnelle et une augmentation des douleurs et de la fatigue. La Dre I._____ maintenait son appréciation selon laquelle la capacité de travail était nulle dans toute activité. Par rapport du 10 février 2021, le Dr H._____ exposait que la situation n'avait pas changé. Par rapport du 10 février 2021, le Dr J._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, relevait des atteintes gynécologiques et une « invalidité vulvaire évidente ». Il notait en particulier la présence d'une symptomatologie débutante de trouble urinaire (« initiation de la miction et incontinence urinaire sur une hypermobilité du col vésical de 30 cm due au Ehlers-Danlos »), un lichen scléro-atrophique pour lequel une vaporisation par laser était envisagée, et des myomes utérins. Par rapport du 19 avril 2021, la Dre P._____, spécialiste en chirurgie orale, notait des signes cliniques en faveur d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, au niveau des gencives et de la bouche.

Par rapport du 19 mai 2021, répondant à des questions du conseil de l'assurée, le Dr J._____ a exposé que la position assise, sans bouger, constituait une gêne par l'application de vêtements collés et serrés. Il évaluait « l'invalidité professionnelle » à 15-20 %. Interpellé par

le SMR, il a indiqué le 28 juillet 2021 qu'il n'envisageait pas de traitement opératoire pour les myomes utérins et que la vaporisation par laser avait été grandement utile. Il était difficile de se prononcer sur la part d'invalidité occasionnée par le problème gynécologique, toutefois une limitation fonctionnelle était évidente, soit les longues stations assises avec des vêtements moulants.

Par courrier du 6 septembre 2021, l'OAI a répondu à l'assurée, expliquant que son statut de personne active à 90 % était motivé par l'historique de son taux d'activité, soit par le fait qu'elle était employée à 90 % avant son atteinte à la santé. Le SMR, par avis du 6 septembre 2021, avait estimé que les derniers rapports produits ne permettaient pas de modifier les limitations fonctionnelles durablement incapacitantes déjà retenues dans la baisse de rendement de 20 %.

Par décision du 22 novembre 2021, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée, pour la période de novembre 2016 à décembre 2017, puis un quart de rente, de janvier 2018 à avril 2020, conformément à son projet de décision. Le courrier du 6 septembre 2021 faisait partie intégrante de la décision.

B. Par acte du 23 décembre 2021, F._____, toujours représentée par son conseil Me Monney, a formé recours à l'encontre de la décision du 22 novembre 2021 par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2016, ainsi qu'à la mise à la charge de l'intimé des frais relatifs à l'appréciation de la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, dont elle a produit le rapport avec son recours. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, ainsi qu'à la mise à la charge de l'intimé des frais susmentionnés de la Dre Q._____. A titre de mesures d'instruction, ainsi qu'en cas de renvoi à l'intimé, elle a requis la mise en œuvre d'un séjour à

la Clinique W._____, incluant une évaluation des capacités fonctionnelles, ou d'un nouveau stage COPAI.

Elle a produit un onglet de pièces sous bordereau, contenant un rapport de consultation du 6 décembre 2021 du Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, et responsable clinique de consultation et d'ateliers pour patients atteints du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile au Centre hospitalier [...]. Il retenait notamment les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (la patiente présentant de manière évidente tous les critères internationaux de New York 2017 caractérisant cette maladie héréditaire du tissu conjonctif), de syndrome du défilé thoracique neurogène, et d'état dépressif chronique. Selon le rapport de la Dre Q._____, établi le 14 décembre 2021, les pathologies somatiques et psychiatriques présentaient une importance égale, et les atteintes ne trouvaient pas de diagnostic consensuel dans le dossier médical. Toutes les apparentes contradictions et les multiples diagnostics retenus par les médecins consultés se révélaient être la conséquence d'une errance diagnostique, qui était typique des maladies orphelines, dont le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile faisait partie. Les syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, dont faisaient partie la fibromyalgie et le syndrome douloureux somatoforme, partageaient de très nombreux signes et symptômes avec le syndrome d'Ehlers-Danlos. La Dre Q._____ préconisait l'organisation d'un séjour à la Clinique W._____ ou un nouveau stage COPAI et elle précisait notamment ce qui suit :

« Concernant Mme F._____, l'hypothèse erronée de fibromyalgie trouve donc sens ; même si la présence d'hématomes multiples, conséquence de la fragilité cutanée mais également d'une maladresse (typique du SEDh), d'une atteinte ORL et gynécologique (Dr J._____) ainsi qu'une atteinte psychologique aurait dû faire suspecter ce diagnostic, ce d'autant plus, que divers médecins traitants ont retenu le diagnostic de SEDh, et ce, depuis avril 2017, avec une première mention par le Dr M._____ [sic]. Il est d'autant plus surprenant que ce diagnostic ne soit jamais discuté par les médecins de l'AI, quand bien même le médecin responsable du stage COPAI, le Dr L._____, y fait également référence, le retenant comme diagnostic final et confirmant par la même « une capacité professionnelle résiduelle de travail très faible (15-20 %) »

inexploitable sur le premier marché du travail » dans son rapport du 05.10.2018 (4^e page, dernier paragraphe).

Les psychiatres n'ont d'ailleurs jamais pris en compte ce diagnostic somatique qui explique pourtant parfaitement la composante psychiatrique, puisque les patients avec diagnostic de SED sont connus pour présenter des états dépressifs chroniques, des troubles cognitifs (attention, perte de mots, mémoire, concentration), des troubles du sommeil, des céphalées, ainsi que des hyperacousies, symptômes entrant tous parfaitement dans les différents diagnostics retenus au cours du temps ».

En substance, la recourante a fait valoir que l'intimé avait violé son devoir d'instruction, ainsi que le droit, dans la décision entreprise. L'OAI avait retenu de manière erronée qu'elle avait un statut économique d'active à 90 %, à la place d'un statut d'active à 100 %, et il avait mal évalué ses empêchements dans le cadre de l'enquête ménagère à son domicile. Il en découlait que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité avait été appliquée à tort. En outre, l'intimé avait écarté sans raison valable le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos et fondé sa décision sur celui, erroné, de trouble somatoforme douloureux. L'intimé avait apprécié sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles à l'aune des critères jurisprudentiels développés en matière de syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique et de troubles psychiques, alors qu'elle souffrait en réalité d'une pathologie somatique. L'intimé n'avait pas pris position sur différents rapports médicaux et courriers, et n'avait pas motivé à satisfaction de droit les raisons pour lesquelles il n'avait pas suivi les avis des médecins traitants et du rapport d'observation professionnelle. En particulier, le Dr L. _____ avait expliqué que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos modifiait radicalement le pronostic et l'évaluation de la capacité de travail, qu'il estimait nulle.

Par réponse du 8 février 2022, l'intimé a produit le dossier de la recourante et proposé le rejet du recours, ainsi que la confirmation de la décision querellée. Par avis médical du 21 janvier 2022, le SMR a indiqué que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos avait déjà été discuté à plusieurs reprises, que le Dr T. _____ avait vu l'intéressée le 30 novembre 2021, qu'il ne se prononçait pas sur la capacité de travail ni sur des limitations fonctionnelles précises et qu'il n'avait pas prévu de

consultation de suivi. Quant au rapport de la Dre Q._____, il n'apportait aucun élément médical nouveau permettant de modifier objectivement les limitations fonctionnelles retenues lors de l'instruction médicale. En ce qui concernait le statut économique, les affirmations de l'intéressée selon lesquelles elle aurait diminué son taux d'activité de 100 % à 90 % pour des raisons de santé n'étaient pas corroborées par les pièces au dossier, en particulier par son extrait de compte individuel de cotisations AVS. Il n'y avait en outre rien à reprocher au rapport d'enquête ménagère, auquel l'intimé renvoyait.

Par réplique du 6 mai 2022, la recourante, toujours sous la plume de son conseil, a formulé une nouvelle conclusion, en sus de celles du recours qu'elle maintenait par ailleurs. Elle concluait à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant des volets rhumatologique, psychiatrique, neuropsychologique et de médecine interne. Elle relevait que l'intimé se contentait de renvoyer à un nouvel avis succinct du SMR et qu'il ne répondait pas aux griefs formulés. L'OAI persistait à retenir qu'elle présentait un trouble somatoforme douloureux qui se serait amélioré le 29 janvier 2020, sans qu'aucune explication médicale ne fonde cette date. Le dernier avis du SMR ne discutait pas le syndrome d'Ehlers-Danlos, qui excluait pourtant *de facto* le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ce que relevaient les Drs T._____ et Q._____. Au vu du tableau clinique et des divergences d'opinion entre les médecins, y compris entre les médecins de l'OAI, ce dernier devait clarifier la situation au moyen d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a produit un lot de pièces sous bordereau, dont la facture d'honoraires établie par la Dre Q._____ relative à son rapport, pour un montant de 2'800 fr., et des fiches de salaire pour les mois de novembre 2007 et juin 2008, attestant son taux d'occupation à 100 %. Elle a également joint à son écriture un rapport du 16 mars 2022 du Dr H._____, relevant qu'elle avait fait une chute plusieurs semaines auparavant, se réceptionnant sur les poignets. Elle présentait une tuméfaction locale, et gardait des douleurs permanentes, y compris au repos. Les douleurs post-traumatiques persistantes relevaient d'un phénomène fréquemment observé dans le cadre du syndrome d'Ehlers-Danlos. Le bilan radiologique

n'avait pas montré de fracture. Elle présentait également une fatigue accentuée depuis décembre 2021, davantage de troubles du sommeil et de douleurs multiples. Les épisodes de migraines étaient moins fréquents et moins intenses. Le Dr H._____ concluait son rapport en indiquant que la capacité de travail restait nulle au vu des importantes limitations fonctionnelles.

Par duplique du 25 mai 2022, l'intimé a maintenu ses conclusions et sa position. Il considérait que la recourante n'avait pas rendu vraisemblable que la diminution de son taux d'occupation avait été motivée par des raisons de santé, et les experts n'avaient pas fait état d'une diminution durable de sa capacité de travail avant l'accident du 26 novembre 2015. L'évolution de la situation postérieure à la date de la décision entreprise ne devait pas être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. Il a en sus renvoyé à l'appréciation du SMR, en particulier dans l'avis du 14 mai 2019, qu'aucun document médical postérieur n'avait permis d'infirmier.

Par déterminations du 9 juin 2022, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions et réitéré ses arguments. Les appréciations médicales sur lesquelles se basait l'intimé dataient de plus de cinq ans, et reposaient sur un diagnostic erroné de fibromyalgie. L'évaluation de la capacité de travail était fondée exclusivement sur l'avis du 16 avril 2020 du SMR, qui s'inspirait de l'expertise du Dr Z._____ et de l'examen rhumatologique du Dr N._____, alors que ces avis avaient été contredits de manière réitérée par les Drs M._____, H._____, I._____, L._____ et Q._____.

Par déterminations spontanées du 30 septembre 2022, la recourante a produit un rapport complémentaire de la Dre Q._____, du 29 septembre 2022, ainsi qu'une nouvelle note d'honoraires pour ce rapport, s'élevant à 1'200 fr., qu'elle demandait de mettre à la charge de l'intimé. Dans ce rapport, la Dre Q._____ prenait position sur l'avis médical du SMR du 21 janvier 2022, relevant qu'il ne tenait pas compte du diagnostic de maladie génétique. Le syndrome d'Ehlers-Danlos

hypermobile touchait le tissu conjonctif, soit 80 % du corps, et était « particulier dans sa présentation avec des limitations de potentiellement l'ensemble des fonctions humaines, ce, de manière intermittente et variable dans le temps avec des périodes de repos et des crises pouvant toucher divers organes ». Elle listait différents symptômes de la recourante, et indiquait que sa qualité de vie et sa capacité de travail étaient impactées de manière durable. Le syndrome en question entraînait des conséquences dans le monde du travail selon la littérature médicale, dont la Dre Q._____ citait plusieurs références, et nécessitait une organisation du travail souple et adaptable.

Par déterminations du 11 octobre 2022, l'intimé a maintenu sa position et produit un avis médical du SMR du 10 octobre 2022. Le médecin du SMR indiquait que le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile avait été discuté, comme cela ressortait de l'avis du 16 avril 2020, et de l'expertise du psychiatre Z._____. Le rapport de la Dre Q._____ n'apportait pas d'élément médical permettant de modifier les conclusions qui prévalaient jusqu'alors. Il ajoutait qu'il ne voyait pas en quoi la fibromyalgie faisait partie des SPECDO [réd. : syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique] et pas le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, que toutes deux étaient des maladies reconnues, et que le terme de SPECDO était juridique, et non médical. Cela nécessitait l'analyse des ressources mobilisables dans une démarche structurée des preuves, ce qui avait été effectué lors des « différentes expertises somatiques, psychiatriques et neuropsychologiques ».

Par déterminations du 15 novembre 2022, toujours sous la plume de son conseil, la recourante a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; 125 V 413 consid. 2d).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, à compter du 1^{er} novembre 2016. En effet, le pouvoir d'examen de la Cour de céans s'étend à la période depuis le début du droit à la rente, puisque la décision attaquée porte sur l'octroi d'une rente limitée dans le temps et simultanément sur sa réduction, puis sa suppression.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu

de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable et c'est à ce dernier qu'il sera fait référence au sein du présent arrêt, puisque la décision litigieuse a été rendue le 22 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne

droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacré à l'exercice de son activité lucrative, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'office AI (TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.1 et les références).

Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie.

Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation rigoureuse et complète, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1 ss).

7. a) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

b) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant 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 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

c) Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail de la personne assurée. Les organes d'observation

professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure la personne assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1 et les références). Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

8. a) En l'espèce, sur le plan médical tout d'abord, les parties s'accordent sur le fait que la recourante a présenté une incapacité totale de travail dès le 26 novembre 2015. Son droit à une rente entière d'invalidité pouvait ainsi s'ouvrir à compter du 1^{er} novembre 2016 (art. 28 al. 1 *cum* 29 al. 3 LAI). L'amélioration subséquente de la capacité de travail de la recourante en deux temps, soit le 26 septembre 2017 puis le 29 janvier 2020, est en revanche litigieuse.

En outre, à la lecture du dossier, il est manifeste que les diagnostics et la capacité de travail de la recourante n'ont pas trouvé de consensus au sein du corps médical appelé à se prononcer, tant sur le plan somatique que psychique. On rappellera dans ce contexte que du point de vue des assurances sociales, ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant, mais son impact sur la capacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2).

Pour rendre la décision querellée, l'OAI s'est fondé principalement sur les avis du SMR des 14 mai 2019 et 16 avril 2020, s'appuyant eux-mêmes sur les rapports d'expertises du Centre d'expertises G._____ du 3 janvier 2018 et du Dr Z._____ du 29 janvier 2020, ainsi que sur le rapport d'examen du Dr N._____ du 12 février 2019. Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante de ces pièces médicales à l'aune des critères idoines.

b) Tout d'abord, pour la période allant du début de l'incapacité de travail en novembre 2015, au mois de septembre 2017, l'OAI a retenu une incapacité totale de travail dans toute activité, impliquant un degré d'invalidité donnant le droit à une rente entière d'invalidité. Il s'est référé à l'avis des médecins traitants de la recourante, établis à cette époque (cf. avis médical du SMR du 16 avril 2020). Les experts consultés subséquentement avaient en effet indiqué qu'il était difficile pour eux de se prononcer formellement sur cette période (idem, et les référence aux expertises du Centre d'expertises G._____ et du Dr Z._____). La recourante ne critique pas cette évaluation, et la Cour de céans ne voit pas de motif justifiant de s'en écarter.

Il est ainsi établi que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité, du mois de novembre 2015 au mois de septembre 2017.

c) Ensuite, l'OAI a retenu une amélioration de la capacité de travail dès l'expertise du Centre d'expertises G._____, soit dès le 26 septembre 2017. La capacité de travail avait alors été évaluée à 50 % dans toute activité, en raison de l'atteinte psychique, selon les experts du Centre d'expertises G._____.

Il appert toutefois que le rapport du Centre d'expertises G._____ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, au sens des principes rappelés ci-avant (cf. consid. 5b *supra*). Ce rapport n'a pas été établi en pleine connaissance du dossier et du contexte médical, comme l'ont relevé la

recourante et le service de réadaptation de l'OAI dans son rapport du 21 août 2018. En effet, le rapport du Dr M. _____ du 11 avril 2017 ne figure pas dans la liste des rapports médicaux pris en compte par les experts, et n'a pas été discuté par ces derniers. Or, dans ce rapport, le Dr M. _____ posait le diagnostic d'hypermobilité articulaire et suspectait un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, dont les critères étaient remplis selon lui. Ainsi, les experts du Centre d'expertises G. _____ ne se sont pas penchés sur ces problématiques du tout, qui étaient pourtant susceptibles d'entraîner des conséquences sur la capacité de travail de la recourante, vu certains avis médicaux (certes postérieurs). De plus, le volet de médecine interne de l'expertise paraît pour le moins maigre, alors que le mandat indiquait qu'un tel volet était nécessaire, et que le litige concerne désormais en grande partie l'existence d'une atteinte somatique (cf. avis médical du SMR du 26 juin 2017). Le Dr B. _____, expert interniste, a établi un status de médecine interne, en prenant des mesures de l'intéressée (poids, taille, tension artérielle) et en notant certaines observations (bruits du cœur, réflexes plantaires, palpation de l'abdomen, notamment). Il a également analysé une prise de sang. Sa contribution de médecine interne tient en moins d'une page du rapport (pp.19-20). Il n'a en revanche pas listé de plaintes, et ne semble pas davantage s'être entretenu avec la recourante ou avoir pris de conclusions dans le domaine de sa spécialité. Sa contribution apparaît d'ailleurs dans une partie intitulée « Constations objectives » du rapport, alors que celles des Drs D. _____ et R. _____ figurent sous « Expertises des spécialistes », de manière considérablement plus fournie. Dans la partie consensuelle, il est indiqué que l'examen physique était normal et que la recourante ne présentait pas de diagnostic avec répercussion sur sa capacité de travail, sans autre indication. Au vu de ces carences, les conclusions de ce rapport d'expertise ne sauraient être suivies.

d) Puis, le SMR a constaté que l'avis du Dr M. _____, qui avait entre-temps posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, n'était pas compatible avec celui du médecin rhumatologue de la Clinique W. _____, qui n'avait « pas retenu de diagnostic particulier au niveau musculosquelettique » (cf. avis du SMR du 7 novembre 2018). Le médecin-

conseil du COPAI, le Dr L._____, attribuait également les symptômes de la recourante au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (idem). Le SMR a alors mis en place un examen rhumatologique en son sein.

A l'issue de cet examen, le Dr N._____ a écarté toute maladie rhumatismale inflammatoire et il a retenu le diagnostic de fibromyalgie. Il rejoignait le Dr M._____ s'agissant de l'hypermobilité articulaire généralisée, qu'il qualifiait toutefois de « vraisemblable ». A la lecture du rapport du Dr N._____, l'on ne trouve guère d'explication sur cet adjectif, alors que le médecin a listé des limitations fonctionnelles, précisément en lien avec l'hypermobilité, ce qui laisse penser qu'il la retenait réellement (cf. rapport du 12 février 2018, pp. 10-11 : « pas de travaux de force, pas de port de charge au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout au-delà de 45 min., pas de position statique debout au-delà de 20 min »). Le Dr N._____ a indiqué qu'il ne pouvait pas finaliser l'appréciation au niveau du SMR, en substance car la recourante présentait également des limitations psychiques sur lesquelles il n'était pas en mesure de se prononcer. Il appert que le Dr N._____, bien qu'il ait cité les rapports du Dr M._____ et confirmé l'hypermobilité ligamentaire, n'a écarté le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos et sa répercussion éventuelle sur la capacité de travail que de manière implicite. Il n'a en effet retenu aucun diagnostic sur le plan ostéoarticulaire, au profit d'un diagnostic de fibromyalgie, qu'il estimait ne pas être incapacitant. Il a certes noté que le score de Beighton obtenu lors de son examen était plus faible que celui retenu par le Dr M._____, cependant l'analyse de ce dernier n'était pas fondée uniquement sur ce critère. S'agissant de l'avis du Dr L._____, le Dr N._____ a simplement indiqué que ce dernier avait fait un amalgame entre tous les symptômes de la recourante, une fois encore sans expliquer pour quelle raison il ne retenait pas le syndrome d'Ehlers-Danlos ou pourquoi les observations en atelier auraient été faussées. Il n'a ainsi pas motivé à satisfaction de droit les raisons pour lesquelles il ne suivait pas le diagnostic et l'évaluation de la capacité de travail des Drs L._____ et M._____.

C'est le lieu de relever que les rapports issus d'un COPAI ne sauraient en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin (cf. consid. 7c *supra*) ; toutefois en l'occurrence, le rapport du Dr L. _____ émanait bien d'un médecin et il était dûment motivé. Il se justifiait ainsi d'étayer médicalement les raisons d'une divergence d'appréciation. L'on notera encore que la recourante a formulé des critiques précises à l'égard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par le Dr N. _____, qui n'ont pas trouvé de réponse de la part de l'intimé, malgré de nombreuses relances (cf. courrier du conseil de la recourante du 5 juin 2019). Elle reprochait notamment le fait que les questions posées étaient « fermées », et que les mesures des articulations avaient été faites « à l'œil », ce qui n'était pas compatible avec le test de Beighton.

Il semble ainsi également difficile d'attribuer une pleine valeur probante au rapport rhumatologique du Dr N. _____ du SMR.

e) A la suite du rapport du Dr N. _____, le SMR a établi son avis du 14 mai 2019, sur lequel l'OAI s'est largement fondé par la suite. Or, cet avis contient plusieurs imprécisions qui ne permettent pas de valider la fiabilité de ses conclusions.

L'avis du SMR en question indique que le Dr M. _____ aurait changé de diagnostic, ayant dans un premier temps retenu une fibromyalgie, avant de se tourner vers le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Or, à la lecture des rapports de ce médecin, il ressort qu'il a suspecté dès sa première consultation ce dernier diagnostic, qui correspondait mieux à la symptomatologie, tout en précisant que les critères de la fibromyalgie étaient également remplis. Il n'a ainsi pas changé d'avis, mais précisé et confirmé son diagnostic, en excluant la fibromyalgie dans son deuxième rapport, après plusieurs consultations. Ensuite, le médecin du SMR note que le médecin-conseil de l'Y. _____ aurait repris « sans autre » l'appréciation du Dr M. _____. Pourtant, le Dr L. _____ a établi un rapport complet le 5 octobre 2018, comprenant les antécédents médicaux, une anamnèse systématique dirigée, et un examen clinique, y compris le test du score de Beighton effectué à deux

reprises. Il a pris connaissance du tableau de critères rempli par le Dr M._____, fait référence à la littérature médicale sur le syndrome en question, et émis une hypothèse sur la raison du retentissement inhabituel du traumatisme crânien de 2015. A l'évidence, l'assertion selon laquelle il aurait repris « sans autre » l'avis du Dr M._____ ne saurait être confirmée. Le SMR a de plus écarté le rapport de l'Y._____ sans explication, se contentant de relever qu'il dépeignait une situation calamiteuse, ce qui ne saurait suffire du point de vue de la motivation. Le SMR a ensuite considéré que les Drs A._____, O._____ de la Clinique W._____ et N._____ du SMR avaient valablement exclu le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile au profit d'une fibromyalgie avec une hypermobilité articulaire banale. Cette affirmation s'avère pour le moins approximative à la lumière des différents rapports cités. Le Dr N._____ ne s'est pas explicitement prononcé sur ce syndrome, comme il ressort des considérations qui précèdent. Quant au Dr O._____ de la Clinique W._____, il sied de rappeler que le séjour et l'évaluation au sein de cette clinique remontent à mars 2016 et étaient orientés vers les conséquences de l'accident de novembre 2015 (traumatisme crânien, éventuelles séquelles organiques cérébrales) et non sur l'évaluation de la capacité de travail. Le Dr O._____ ne s'est en outre pas prononcé sur le syndrome d'Ehlers-Danlos, pas plus qu'il n'a opté pour une fibromyalgie ou encore discuté l'hypermobilité (bien qu'elle soit ressortie à tout le moins au niveau des hanches à l'examen physique). Enfin, la Dre A._____, dans un rapport du 20 février 2017, avait exclu toute maladie inflammatoire rhumatismale active, et conclu à l'existence d'un syndrome fibromyalgique, sans toutefois évoquer le syndrome d'Ehlers-Danlos ou l'hypermobilité articulaire.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, l'on rappellera en sus qu'il se justifie sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles. Dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une

telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie est indispensable pour en poser le diagnostic (ATF 132 V 65 consid. 4). En l'occurrence, les médecins psychiatres consultés jusqu'à l'avis du SMR dont il est question n'avaient pas retenu de diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux, de sorte que l'assertion du SMR selon laquelle « on est en présence d'un trouble douloureux sans base étiopathogénique somatique précise » s'apparente davantage à une nouvelle conclusion médicale qu'à une synthèse des renseignements médicaux du dossier, ce qui sort du cadre réservé aux avis des SMR (cf. consid. 7b *supra*, et TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 ; 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

A compter de cet avis du SMR, ce dernier est ainsi parti de l'idée que le syndrome d'Ehlers-Danlos avait été valablement écarté et que la recourante souffrait principalement d'un trouble douloureux sans base étiopathogénique somatique précise. Or, outre les remarques ci-avant, les avis médicaux subséquents apportés par la recourante font douter de la validité de ce parti pris.

f) Avant la décision entreprise, la recourante a produit un rapport du 1^{er} novembre 2019 du Dr H._____, qui contenait une anamnèse depuis l'enfance, des constatations cliniques dont le score de Beighton, et une appréciation. Il retenait également le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et estimait qu'elle ne pouvait exercer qu'une activité occupationnelle. Il a en substance réitéré son appréciation au fil de son suivi, dans ses rapports suivants, et ajouté que le diagnostic de la nièce de la recourante avec le même syndrome consolidait cette approche, vu l'aspect génétique de la pathologie (cf. rapports des 8 mai, 10 juin, 10 septembre 2020 et 10 février 2021). Les Drs P._____ et J._____ avaient également noté des signes en faveur de ce diagnostic, au niveau buccal, respectivement gynécologique (cf. leurs rapports des 10 février et 19 avril 2021).

Après la décision, la recourante a produit plusieurs nouveaux rapports en procédure judiciaire. Dans la mesure où ils se rapportent à la

querelle diagnostique et à sa capacité de travail avant la décision, il sied d'en tenir compte (cf. consid. 5c *supra*). Dans la mesure où ils concernent des événements survenus après la décision, dont une éventuelle aggravation de son état de santé, ils doivent en revanche être ignorés dans le cadre du présent litige (*idem* ; il s'agit en particulier du rapport du Dr H. _____ du 16 mars 2022 en ce qu'il se réfère à une chute et à l'accentuation de certains symptômes depuis décembre 2021).

Les avis des Drs T. _____ et Q. _____ s'inscrivent dans la lignée des médecins qui ont retenu le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile et qui lui associent des conséquences invalidantes.

Ces appréciations médicales ont été écartées par le SMR, essentiellement sur la base de ses avis antérieurs, ce que la Cour de céans ne peut valider en l'état, au vu des éléments discutés ci-avant (cf. avis du SMR des 21 janvier et 10 octobre 2022 qui se réfèrent à ceux des 14 mai 2019 et 16 avril 2020). Compte tenu de l'issue du présent arrêt, il ne se justifie toutefois pas d'examiner plus avant ces avis à ce stade.

g) Vu l'avis du Dr N. _____, et vu que l'évaluation prospective du Centre d'expertises G. _____ selon laquelle la capacité de travail de la recourante s'améliorerait en une année ne s'était pas confirmée, le SMR a ensuite mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr Z. _____.

Le rapport de cet expert présente lui aussi plusieurs aspects qui ne permettent pas de lui attribuer une pleine valeur probante. Il n'a pas été établi en pleine connaissance du dossier et du contexte médical. En effet, les rapports des Dr M. _____ (du 10 juillet 2018), H. _____ et I. _____ n'ont pas été pris en compte par l'expert. Ils ne figurent pas à la synthèse du dossier et n'ont pas été discutés par le psychiatre, alors qu'ils avaient été établis antérieurement et étaient en possession de l'OAI. Certes, ces rapports ont été transmis à l'OAI le 7 novembre 2019, soit après l'établissement du mandat d'expertise, toutefois les entretiens du Dr Z. _____ et de M. C. _____ se sont tenus après leur réception par

l'OAI, soit les 11 décembre 2019 et 17 janvier 2020, après quoi le Dr Z._____ a encore, selon ses termes, mené sa réflexion et pondéré la situation, pour rendre son rapport le 29 janvier 2020 (cf. pp 2 et 28 du rapport).

De plus, l'on peut s'étonner que l'expert ne se soit pas enquis d'un rapport auprès de la psychiatre traitante de l'intéressée. Ce d'autant plus qu'il avait connaissance du suivi par la Dre I._____, puisqu'il l'a mentionné (cf. notamment p. 15 du rapport). Les derniers rapports psychiatriques au dossier dataient pourtant de décembre 2016 (par le psychiatre traitant de l'époque, le Dr V._____) et de janvier 2018 (rapport du Centre d'expertises G._____). De plus, il retenait un diagnostic en lien avec une prescription médicamenteuse de la psychiatre traitante, selon une posologie qu'elle a contesté par la suite (cf. rapport de la Dre I._____ du 30 avril 2020). La Dre I._____ a d'ailleurs expliqué que son appréciation du cas divergeait complètement de celle du Dr Z._____, notamment sur le trouble dépressif et le trouble somatoforme douloureux. La Dre I._____ a également rapporté une enfance traumatique, qu'elle avait pu reconstituer après plusieurs séances seulement. Cela semble congruent avec l'anamnèse recueillie par le Dr Z._____, sans qu'il ne la mentionne ensuite (au sujet de son père : « L'assurée décrit un homme qui était très dur, pénible, qui la frappait assez régulièrement. Il a seulement arrêté au moment où Mme F._____ a développé des migraines », p. 10 du rapport). L'expert Z._____ n'a pas pu écarter valablement l'avis de la Dre I._____, puisqu'il n'en avait pas connaissance.

La recourante a en outre expliqué qu'elle était suivie par le Dr H._____, de sorte que l'expert ne pouvait ignorer son existence (cf. notamment p. 8 du rapport). Ainsi, le Dr Z._____ n'a pas pu avoir l'image globale des diagnostics somatiques, en particulier de la querelle à propos du syndrome d'Ehlers-Danlos. Il a ainsi noté que ce diagnostic avait seulement été évoqué par le Dr M._____ et confirmé par le médecin de l'Y._____, et que la recourante avait la conviction ferme de souffrir de cette maladie. Ses « croyances et convictions » avaient été renforcées par

le fait que ce diagnostic avait trouvé écho dans deux médecins qui la soutenaient dans « l'idée d'une atteinte somatique importante » (cf. pp 23 et 26 du rapport). Comme l'a relevé la recourante, à la lecture du rapport d'expertise du Dr Z._____, il semble qu'il a notamment retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble hypochondriaque, en partant de l'idée que celui de syndrome d'Ehlers-Danlos avait été valablement écarté et n'impliquait aucune diminution de la capacité de travail. Or, tel n'était pas le cas puisque les avis médicaux au dossier divergent quant au diagnostic et à la diminution de la capacité de travail, sans qu'un rapport ne présente la valeur probante nécessaire pour trancher la question au niveau juridique, comme on l'a vu.

9. a) En définitive, tous les éléments qui précèdent mènent au constat que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, somatique et psychique, pour permettre à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail, puis sur le degré d'invalidité de la recourante à compter du mois de septembre 2017 (cf. consid. 8c *supra*). L'appréciation du SMR et les rapports sur lesquels elle se base ne parviennent pas à expliquer de manière convaincante les différences cruciales qui les séparent des appréciations des médecins traitants, en particulier des Drs M._____, H._____, T._____ et I._____, ainsi que du Dr L._____ et de l'Y._____. L'instruction apparaît ainsi lacunaire.

Il est incontesté que la recourante souffre de diverses atteintes à la santé, de sorte que son degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale, tenant compte des éventuelles interactions entre ces atteintes (TF 9C_252/2021 consid. 6 et les références). Ce d'autant plus que plusieurs médecins ont indiqué que le cas d'espèce était complexe (cf. rapports des Drs N._____ du 12 février 2019, Z._____ du 29 janvier 2020 p. 25, et du SMR du 16 avril 2020). En l'espèce, les diagnostics principaux sur lesquels les médecins n'ont pas trouvé de consensus relèvent de domaines différents (somatique génétique ou psychique et psychosomatique), et semblent susceptibles d'expliquer - ou non - certaines plaintes et limitations déclarées par la recourante. Ainsi, quand bien même la dénomination diagnostique n'est

pas déterminante du point de vue des assurances sociales, il semblerait qu'elle ne soit pas dénuée de toute pertinence vu les circonstances du cas d'espèce. En particulier, l'appréciation des limitations psychiques diffère apparemment radicalement selon la reconnaissance du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ou non.

b) Les compléments ci-dessus sont indubitablement du ressort de l'intimé (art. 43 al. 1 LPGA), à qui il y a lieu de renvoyer la cause pour reprise de l'instruction et nouvelle décision pour la période débutant dès le mois d'octobre 2017 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, qui devra notamment comprendre des volets de rhumatologie, de médecine physique, voire de médecine interne générale, et de psychiatrie. Il lui conviendra de veiller à ce que le schéma d'évaluation des troubles psychiques au moyen d'indicateurs, préconisé par la jurisprudence récente, soit respecté (ATF143 V 418). L'évolution de la capacité de travail depuis le mois d'octobre 2017 compris devra être retracée. La possibilité sera laissée aux experts de s'adjoindre les services d'un médecin spécialiste d'un ou plusieurs autre(s) domaine(s) s'ils l'estiment pertinent, en particulier en neuropsychologie. Il paraît en outre opportun d'examiner les effets des troubles du sommeil, de la fatigue et des céphalées de la recourante, qui sont évoqués à plusieurs reprises dans le dossier. Le phénomène de fatigue ne semble pas avoir fait l'objet de tests particuliers. Les experts devront être en possession de l'intégralité des pièces médicales au dossier. A ce sujet, il pourrait être utile de recueillir le rapport de l'éventuelle consultation en immuno-allergologie évoquée par le Dr H._____ (cf. son rapport du 1^{er} novembre 2019) et celui de l'ergothérapeute de la recourante (cf. rapports des Drs Z._____ du 29 janvier 2020 p. 15, et I._____ du 30 avril 2020).

c) Il n'existe aucun droit de la personne assurée à la désignation de l'expert de son choix ; il est toutefois souhaitable que la mise en œuvre d'une expertise se fasse sur une base consensuelle, aussi bien pour des motifs liés à l'économie de la procédure que pour des

raisons tenant à l'acceptation ultérieure par les parties des conclusions de l'expertise (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; Jacques Olivier Piguet, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 18 ad. art. 44 LPGa).

La recourante demande dans son acte de recours de désigner comme expert un médecin spécialiste du syndrome d'Ehlers-Danlos, et propose plusieurs noms. Le soin est laissé à l'intimé de déterminer si ces médecins, ou des médecins ayant une connaissance approfondie de cette pathologie rare, peuvent entrer en ligne de compte dans le cadre du complément d'instruction à venir.

10. Sur le plan économique, compte tenu du renvoi pour instruction complémentaire au niveau médical, et les conséquences qui pourraient en résulter du point de vue de la capacité de travail, il n'y a à ce stade pas lieu de traiter les griefs concernant le statut d'active à 90 % ou l'enquête ménagère.

Il sied toutefois de préciser que le statut économique de la recourante, pour la période allant de novembre 2015 à septembre 2017, qu'il soit de 90 % active ou 100 % active, n'aura pas d'influence sur le droit à une rente entière d'invalidité. En effet, il est établi que lors de cette période, la recourante a présenté une incapacité totale de travail dans toute activité. Son degré d'invalidité était donc supérieur au seuil de 70 % donnant droit à une rente entière, que l'on se base sur son taux d'activité et son empêchement ménager tels qu'évalués par l'intimé ou tels qu'elle les estime (cf. consid. 4b *supra*). Le droit à une rente entière pour les mois de novembre 2016 (après le délai d'attente d'une année) à décembre 2017 (trois mois après l'éventuelle diminution du degré d'invalidité art. 88a al. 1 RAI) peut ainsi être confirmé. Les périodes ultérieures devront être réévaluées par l'intimé une fois l'instruction complétée. Il est toutefois précisé à toutes fins utiles que le calcul du degré d'invalidité dans la décision entreprise contenait en tout cas une imprécision dans la prise en compte de l'empêchement ménager. En effet, ce dernier a été comptabilisé à raison de 2,5 % par l'OAI pour toutes les

périodes, alors qu'il aurait dû être de 21,9 % dès juillet 2018 et de 19,9 % dès janvier 2020 selon le rapport d'enquête ménagère.

11. **a)** La recourante requiert que les frais de rapports médicaux (expertise privée) qu'elle a fait réaliser par la Dre Q._____ soient mis à la charge de l'intimé.

b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 9C_619/2021 du 12 septembre 2022 consid. 6.2 ; TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

c) En l'occurrence, le rapport de la Dre Q._____ et son complément n'a pas permis d'établir de manière concluante l'état de fait médical en palliant le défaut d'instruction de l'OAI. Le défaut de valeur probante suffisante des avis médicaux suivis par le SMR et des conclusions de ce dernier n'a pas pu être mis en lumière uniquement par le rapport de la Dre Q._____. De plus, il faut constater qu'une évaluation globale, au moyen d'une expertise externe pluridisciplinaire est nécessaire, de sorte que l'expertise de la Dre Q._____, de surcroît dépourvue de constatations cliniques directes, n'a pas permis à elle seule d'établir l'état de fait médical de manière concluante. Il n'y a dès lors pas lieu de faire supporter à l'intimé les frais d'établissement des rapports de la Dre Q._____.

12. Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, en ce sens que la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé, pour complément d'instruction, au sens des considérants et pour nouvelle

décision, s'agissant de l'appréciation médicale de la situation dès le 1^{er} octobre 2017 et du droit éventuel aux prestations dès le 1^{er} janvier 2018. Elle est confirmée pour la période antérieure au 1^{er} octobre 2017, impliquant le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2016 au 31 décembre 2017.

13. a) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis}, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) Obtenant gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud s'agissant de la période débutant le

1^{er} octobre 2017, dans le sens des considérants ; la décision rendue par l'Office précité le 22 novembre 2021 est maintenue pour le surplus.

III. Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jeanne-Marie Monney (pour Mme F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :