

GE_GERICHTE ATAS/896/2022 vom 15. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_896_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/896/2022 du 15 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/896/2022 del 15 giugno 2021

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 3

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 3.2

; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Ce diagnostic 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. Il 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de plus d'une demi-rente dès le 1er août 2017, et préalablement, sur son droit à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique et rhumatologique.

E. 5

A/1114/2021 - 10/23 -

E. 5.1

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

E. 5.2

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

E. 5.3

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

E. 5.4

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 5.5

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 5.6.1

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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

A/1114/2021 - 11/23 - 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). En 2017, 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient 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 (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

E. 5.6.2

Il convient dorénavant 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, des potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants : Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un

A/1114/2021 - 12/23 - assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de

gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique 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

A/1114/2021 - 13/23 - 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.

E. 5.6.3

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

E. 5.6.4

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 et 141 V 281 consid. 2.2 et

E. 5.7

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 ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

A/1114/2021 - 14/23 - émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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).

A/1114/2021 - 15/23 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 6

Il faut examiner en premier lieu la nécessité de faire procéder à une nouvelle expertise.

E. 6.1.1

La recourante a fait valoir que l'expert E_____ avait évoqué deux diagnostics possibles, soit un trouble douloureux somatoforme persistant, avec indice de gravité jurisprudentielle partiellement rempli actuellement, ou des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées par ailleurs avec indice de gravité jurisprudentielle partiellement rempli actuellement. Or, il apparaissait que les douleurs persistantes résultaient bien d'une pathologie avérée, soit le SEDh. Cela avait été confirmé lors de l'examen du Dr H_____ le 11 septembre 2020. Ainsi, ce fait aurait pu avoir une conséquence sur l'appréciation du diagnostic, dans la mesure où les symptômes de la maladie étaient multiformes et qu'ils avaient bien une explication objective. Pour ce motif, l'appréciation de l'expert était erronée.

A/1114/2021 - 16/23 - La recourante a également fait valoir que son état psychique s'était aggravé à la fin de l'année 2020, soit après l'expertise du Dr E_____ et avant la décision du 22 février 2021. L'examen rhumatologique réalisé par le SMR ne pouvait pas non plus être suivi. En effet, le Dr G_____ avait relevé que selon la Dresse F_____, l'assurée présentait un SEDh selon les critères français, qui ne répondaient pas aux critères diagnostics internationaux de 2007. Or, dans son rapport du 11 septembre 2020, le Dr H_____ avait procédé à un examen selon les critères préconisés par le Dr G_____ et

conclu que le SEDh était bien présent. Malheureusement, cet élément n'avait pas été soumis au Dr G_____ et le rapport du SMR du 6 octobre 2020 ne se prononçait pas non plus sur ce document. Pour ce motif, l'examen rhumatologique était incomplet et ne pouvait être suivi. Les répercussions sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles étaient bien évidemment plus importantes en présence d'une pathologie avérée. La discordance entre le Dr H_____ et l'examen rhumatologique du SMR était frappante puisque que le Dr G_____ avait notamment retenu un score de Beighton de 2 sur 9, ce qui excluait normalement le SEDh. Or le Dr H_____ avait quant à lui retenu un score de Beighton de 8 sur 9. Le SMR ne s'était pas prononcé sur cette discordance, raison pour laquelle son appréciation ne pouvait être suivie. La recourante se référait aux conséquences du SEDh telles que décrites par le Dr H_____. Ces conséquences étaient mal comprises et peu connues et ne pouvaient qu'être appréciées par un médecin spécialisé. Il y avait donc lieu de s'écarter de l'examen rhumatologique. La recourante a relevé que dans son avis médical du 15 avril 2021, le SMR avait retenu qu'elle avait présenté une aggravation de son état de santé avec un trouble dépressif sévère mais qu'il avait toutefois retenu à tort que l'hospitalisation avait été brève en indiquant qu'elle avait duré moins d'une semaine. Or, son séjour à la clinique P_____ avait duré du 29 décembre 2020 au 2 février 2021, soit plus d'un mois. L'OAI avait dès lors considéré qu'il n'y avait pas d'élément objectif pour retenir une aggravation durable et que l'hospitalisation de la recourante était vraisemblablement réactionnelle et non durable. Cette qualification était contestée par le Dr J_____ dans son rapport du 15 juin 2021. Ainsi, l'OAI avait retenu à tort l'absence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en se fondant sur une erreur factuelle.

E. 6.1.2

L'intimé a fait valoir que le SMR a constaté que le Dr H_____ avait retenu, le 11 septembre 2020, un score de Beighton de 8/9 s'agissant des critères du SEDh et s'étonnait que ce score ait évolué si vite depuis que le Dr G_____ avait conclu le 8 juillet 2020 à un score de Beighton de 2/9, tout comme la Dresse F_____ en avril 2019. L'intimé se ralliait à l'appréciation du SMR et l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

A/1114/2021 - 17/23 - Le Dr E_____ était parfaitement au courant du diagnostic de SEDh et avait analysé les indicateurs standards de gravité, ce qui l'avait conduit à retenir une capacité de travail de 50%. Les constatations effectuées par le Dr E_____, notamment sur le plan des ressources, ne permettaient pas de corroborer l'appréciation de la psychiatre traitante d'une capacité de travail nulle de la recourante depuis fin 2018. Celle-ci avait présenté une aggravation de son état de santé motivant une brève hospitalisation (moins d'une semaine) dans un contexte psychosocial difficile. Toutefois, l'évolution avait été favorable avec une hospitalisation de courte durée et l'introduction d'un traitement antidépresseur. Il n'y avait pas d'élément objectif pour retenir une durabilité de cette aggravation. En l'état, et au vu des pièces en sa possession, le SMR estimait que l'hospitalisation de la recourante était vraisemblablement réactionnelle et non durable, de sorte de que l'aggravation était passagère et ne justifiait pas un renvoi pour instruction complémentaire.

E. 6.2.1

De manière générale, la chambre de céans constate que l'expertise du Dr E_____ répond aux réquisits formels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr E_____

avait connaissance du diagnostic de SEDh, puisqu'il faisait état du rapport médical du 18 avril 2019 établi par la Dresse F_____, qui l'évoquait. Cela étant, l'expert E_____ s'est prononcé sur la capacité de travail uniquement du point de vue psychiatrique et il a expressément indiqué que l'assurée devrait faire l'objet d'un nouvel examen dans les six mois ou un an, vu le nouveau médicament introduit et le risque d'aggravation.

E. 6.2.2

Le SMR lui-même a estimé nécessaire le 25 juin 2019, d'éclaircir le volet somatique, de compléter le dossier avec le rapport de la Dresse F_____ et d'adresser un questionnaire complémentaire à cette dernière. Il en résulte que l'expert E_____ ne s'est pas prononcé de manière consensuelle et sur la base d'une appréciation suffisante du point de vue rhumatologique.

E. 6.2.3

Par ailleurs, la recourante a connu une aggravation de son état à la fin de l'année 2020, qui a justifié une hospitalisation d'un mois (du 28 décembre 2020 au 2 février 2021), sur la base d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique. Il en résulte que l'intimé a pris la décision querellée le 23 février 2021, en retenant à tort que l'hospitalisation avait duré moins d'une semaine. Dans son rapport du 15 juin 2021, le Dr J_____ a indiqué, contrairement à l'appréciation du SMR, que l'épisode dépressif de décembre 2020 de la recourante n'était pas banal, puisque celle-ci était demeurée à la clinique jusqu'au 2 février 2021. De plus, des épisodes dépressifs passagers avaient existé précédemment, notamment en 2011, et l'objection du SMR selon laquelle le dernier épisode aurait été un épisode réactionnel et non durable n'était pas convaincante. L'historique de sa

A/1114/2021 - 18/23 - problématique médicale suggérait clairement que cette dernière était déjà ancienne jusqu'au moment où, effet de l'épuisement progressif, la recourante n'avait pu compenser les épisodes de rupture de son équilibre.

E. 6.2.4

De plus, il ressort du rapport établi le 11 juin 2021 par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la doctoresse M_____, que l'assurée présentait des symptômes évocateurs d'un TDAH depuis un accident subi en 2007 et que le SEDh jouait un rôle important dans ce contexte. Dans son rapport du 10 juin 2021, le Dr J_____ a relevé que le diagnostic de TDAH pouvait notamment faire surévaluer les capacités actives de l'assurée et par conséquent peser sur l'évaluation de son incapacité de travail. Ainsi le diagnostic de TDAH est un nouvel élément qui justifie le réexamen de la capacité de travail de la recourante.

E. 6.2.5

Il faut également prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante le fait que le Dr K_____ lui a diagnostiqué un déficit vestibulaire périphérique à gauche ainsi qu'une légère surdité de perception bilatérale (rapport du 11 juin 2021) et que, selon lui, les processus centraux de compensation pouvaient être à l'origine des symptômes de fatigue, troubles du sommeil, besoin accru de sommeil, troubles attentionnels, de la mémorisation, de la concentration, une intolérance au bruit, une hypersensibilité sensorielle et émotionnelle et une raideur-contraction de la nuque par réflexe de préservation, d'évitement et de mouvements de rotation de la tête. Il faut

déterminer si ce diagnostic établi postérieurement à la décision querellée, impactait la capacité de travail durant la période en cause.

E. 6.2.6

Au vu des considérations qui précèdent, il se justifie faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

E. 6.3

Il se justifie également de faire procéder à une expertise rhumatologique, les conclusions du Dr G_____, qui retenait un score de Beighton de 2/9 étant remises en cause par le rapport du Dr H_____, qui retenait un score de Beighton de 8/9. L'appréciation de la capacité de travail du Dr G_____ est également remise en cause par la Dresse F_____, bien que celle-ci ait retenu, dans son rapport du 10 décembre 2019 le même score de Beighton que lui, dans la mesure où elle a estimé que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, qui était adaptée, était de 20% et qu'elle serait progressivement de 60%, alors que le Dr G_____ a retenu le 31 juillet 2020 une capacité de travail de 50% dès le 1er juin 2016.

E. 6.4

En conclusions, la chambre de céans ordonnera une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique qui sera confiée au docteur N_____, psychiatre et psychothérapeute, centre Q_____, à Crissier et au professeur O_____, chef de service de rhumatologie, Hôpital orthopédique, à Lausanne.

A/1114/2021 - 19/23 - Les questions complémentaires requises par l'intimé seront intégrées à la mission d'expertise.

A/1114/2021 - 20/23 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.