

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/348/2021

ATAS/529/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1968, originaire de Biélorussie et arrivée en Suisse le 14 mars 1999, a exercé l'activité de secrétaire-comptable à mi-temps entre 2005 et 2008 auprès de l'association culturelle « B_____ », puis celle de comptable à plein temps, de janvier 2009 à juillet 2010, auprès du département C_____ de la Ville de Genève.

b. Elle est en arrêt de travail depuis le 19 janvier 2010, suite à un burn-out et a été licenciée le 31 juillet 2010. En 2016, des médecins ont évoqué une éventuelle atteinte du tissu conjonctif, sans poser formellement de diagnostic. Ce n'est que fin 2018 que le docteur D_____, médecin généraliste FMH et spécialiste du syndrome d'Ehlers-Danlos (SED), a diagnostiqué un tel syndrome.

c. Le 3 septembre 2018, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) d'une demande de prestations en invoquant une suspicion de SED, des douleurs articulaires, musculaires et abdominales, une fatigabilité excessive, des vertiges, des difficultés à contrôler ses mouvements, à rester debout ou assise plus de deux heures et de troubles mnésiques. Elle a précisé que l'atteinte existait depuis sa naissance, mais s'aggravait avec le temps.

d. Le 8 novembre 2018, le docteur E_____, médecin généraliste, a évalué la capacité de travail de l'assurée à 0% dans toute activité, tout comme le Dr D_____, en date du 19 novembre 2018.

e. Le docteur F_____, médecin au service de médecine génétique du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV) a confirmé le diagnostic de SED le 21 octobre 2019.

f. Le 4 décembre 2019, la docteure G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a conclu à un trouble anxieux et dépressif mixte secondaire au diagnostic de SED et à une capacité de travail de 40% dans un cadre protégé.

g. Le 18 mars 2020, le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu un diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne, sans pouvoir formellement confirmer le diagnostic de SED, faute d'expérience pratique avec des patients souffrant de ce syndrome rare. Cela étant, le médecin a évalué la capacité de travail de l'assurée à 30-40% dans une activité adaptée, permettant de changer souvent de position et d'éviter le port de charges lourdes, étant précisé que celle de comptable paraissait répondre à ces conditions.

h. L'OAI a mandaté, pour expertise, le I_____ (I_____), soit pour lui les docteurs J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Ceux-ci, dans leur rapport du 19 octobre 2020, ont retenu les diagnostics de syndrome d'hypermobilité articulaire bénin et de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques. Selon eux, sur le plan somatique, la

capacité de travail était de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail bras en l'air, pas de montées et descentes d'échafaudages ou de surcharge du rachis).

i. Le 27 octobre 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que, malgré le syndrome d'hypermobilité articulaire, la capacité de travail restait entière dans l'activité de comptable, avec toutefois une diminution de rendement de 20% et ce, depuis toujours.

j. Par décision du 20 décembre 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation. Le taux d'invalidité se confondant avec l'incapacité de travail n'était en effet que de 20% et donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

B. a. Le 1^{er} février 2021, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente, sur la quotité de laquelle elle ne s'est toutefois pas prononcée. La recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise et reproche aux experts de n'avoir ni évalué ses fonctions cognitives, ni tenu compte du SED.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 février 2021, a conclu au rejet du recours.

Selon lui, le rapport d'expertise bidisciplinaire du I_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, les médecins traitants de la recourante se contentant de procéder à une appréciation différente de l'état de santé de leur patiente. Quant aux fonctions cognitives, elles ont été analysées dans le cadre de l'expertise, mais elles n'ont pas révélé de limitations particulières.

c. Dans sa réplique du 1^{er} avril 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a produit un document rédigé par ses soins, récapitulant ses critiques à l'encontre du rapport d'expertise, ainsi qu'un rapport de la docteure L_____, médecin adjointe agréée au service de médecine génétique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), du 25 mars 2021. Ce médecin indique avoir réévalué le tableau clinique sur la base des nouveaux critères applicables (SED) et conclu que l'assurée remplissait suffisamment de critères pour retenir le diagnostic clinique de SED de type hypermobile. Elle précise qu'il n'existe pas de traitement spécifique pour cette pathologie en dehors de la physiothérapie, des analgésiques et du port d'attelles.

d. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 10 mars 2022.

Le docteur D_____, médecin praticien FMH, en charge de plusieurs patients atteints du SED, a expliqué en substance avoir été surpris par les conclusions de l'expertise sur le plan psychiatrique. Il a expliqué qu'à son avis, l'atteinte psychiatrique dominait le tableau.

Pour sa part, il évaluait la capacité de travail de la recourante, globalement, à 20%, du fait de l'association du SED avec les comorbidités psychiques sur lesquelles il ne lui appartenait pas de se prononcer. Il renvoyait sur ce point à l'avis du psychiatre traitant, la docteure G_____.

e. Le 5 mai 2022, la Cour de céans a entendu la Dre G_____, qui a suivi la recourante depuis janvier 2019, à raison de deux fois par mois au début, puis d'une fois par semaine, et, depuis l'été 2021, d'une fois par mois, après amélioration du tableau psychique.

La psychiatre a conclu à un trouble anxio-dépressif secondaire à la maladie somatique, dont le tableau s'est amélioré après un suivi intense, mais non médicamenteux, car les médicaments psychotropes pourraient aggraver la situation somatique (cela ressort de la littérature, mais également d'un courrier du médecin responsable du service du CHUV). Les deux bilans psychologique et neuropsychologique ont montré une intelligence dans la limite supérieure, un peu d'anxiété, mais dans la norme, et surtout, une fatigabilité. Pour la psychiatre, au mieux, la recourante peut exercer à 50-60%, peut-être dans une activité nécessitant moins de capacités de mémorisation que celle de comptable, qu'elle débiterait tout d'abord à 30-40%, avec une augmentation progressive après trois mois, vu la longue durée d'inactivité, débutée en 2010.

f. Le 10 mai 2022, le SMR a persisté dans ses conclusions, relevant notamment que, selon le Dr D_____, l'atteinte était principalement d'ordre psychiatrique et que, selon la Dre G_____, la situation s'était améliorée sur ce plan, avec une capacité de travail de 30 à 40%, à augmenter progressivement.

g. Le 27 mai 2022, la recourante a également persisté dans ses conclusions.

h. Par courrier du 28 mars 2023, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise bidisciplinaire et leur a communiqué la mission d'expertise, ainsi que le nom des experts presentis.

i. Le 21 avril 2023, la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire bidisciplinaire (ATAS/273/2023).

En substance, la Cour a constaté que le rapport d'expertise comportait néanmoins de nombreuses incohérences et lacunes. Ainsi, la liste des diagnostics retenus était incomplète. Le Dr J_____ n'expliquait pas pour quels motifs il s'écartait de l'appréciation du Dr H_____. Il existait également des contradictions dans les propos des experts. Ainsi, le Dr J_____ mesurait une extension des coudes à 5% et des genoux à 0%, mais retenait un score de 9/9 au test de Beighton, alors que, pour que 9 points puissent être retenus, l'hyperextension des coudes et des genoux devait être supérieure à 10°. Par ailleurs, le Dr J_____ retenait – alternativement et sans fournir la moindre explication – une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de comptable, puis une capacité de 100% avec diminution de rendement de 20% dans l'activité habituelle, avant d'évoquer la possibilité que l'assurée exerce ladite activité six heures par jour ; la capacité retenue oscillait

donc entre 75 et 100%. Les diagnostics n'étaient pas motivés de manière convaincante. Enfin, de nombreux reproches pouvaient être formulés à l'encontre de l'expertise psychiatrique. Il ressortait de tout cela que les médecins du I_____ semblaient s'être prononcés sur une maladie génétique rare sans en connaître tous les aspects, en la traitant comme n'importe quelle autre maladie rhumatismale ou psychiatrique, sans prendre en considération les particularités du cas.

Dans ces conditions, une nouvelle expertise somatique et psychiatrique se justifiait, que la Cour a confiée aux docteurs M_____, médecin chef au service de chirurgie orthopédique et réadaptation physique de N_____, dont le nom avait été mentionné par le Dr D_____ comme médecin connaissant particulièrement bien le SED, et , spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

j. Les experts ont rendu leur rapport en date du 5 septembre 2023.

A été retenu le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh), qualifié de grave ainsi qu'une fibromyalgie secondaire audit syndrome à titre de comorbidité.

L'expert somaticien a conclu à une incapacité de travail totale à compter de 2018, mais considéré que, depuis 2020, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 40% dans son activité habituelle, adaptée sur les plans rhumatologique et orthopédique, mais devant être aménagée pour respecter les limitations énoncées (position assise 30 minutes, position debout stationnaire une à deux minutes, marche occasionnelle limitée à 200-300 mètres, pas de travail bras au-dessus des épaules, pas de motricité fine, pause de dix minutes après une heure de travail) et pour prendre en compte l'impact cognitif sur le traitement et la vitesse de l'information et la baisse du rendement que cela impliquait.

Aucun diagnostic invalidant n'a été retenu sur le plan psychique.

Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont souligné que ce n'était pas une maladie psychiatrique qui générait les limitations fonctionnelles provoquant une baisse de la capacité de travail, mais les répercussions cognitives et la fatigue engendrées par le SEDh. Ils ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 40% dans l'activité habituelle.

k. Le 12 octobre 2023, l'assurée s'est ralliée aux conclusions de l'expertise judiciaire.

l. L'intimé s'est déterminé à son tour après consultation du SMR.

Il reconnaît pleine valeur probante à l'expertise judiciaire psychiatrique. En revanche, il indique ne pouvoir se rallier aux conclusions de l'expertise somatique.

m. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie "en droit" du présent arrêt.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence de la Cour de céans et de la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance du 21 avril 2023 (ATAS/273/2023), il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

2.

2.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

2.2 Le 1^{er} 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 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

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

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement, sur le degré de son invalidité.

4.

4.1 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).

4.2 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.

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

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

4.3 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4).

Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au nombre desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est

applicable à toutes les maladies psychiques (cf. ATF 143 V 418), à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4), ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 ; 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, elle n'est pas applicable par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

4.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 ; 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).

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 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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

5.

5.1 En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise du I_____, considère que la recourante est restée apte à exercer son activité habituelle à 80%.

La recourante, elle, a initialement conclu à l'octroi d'une rente, sans en préciser le taux, puis a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise judiciaire, lui reconnaissant une totale incapacité de travail de 2018 à 2020, puis une capacité de travail de 40% dans son activité habituelle, considérée comme adaptée.

5.2 Pour rappel, le SED est un syndrome qui englobe un groupe varié de maladies congénitales du tissu conjonctif, subdivisées en 13 sous-types différents (cf. tableau publié par l'UNSED - Union Nationale des Syndromes d'Ehlers-Danlos ; <https://unsed.org/differents-types-de-syndromes-dehlers-danlos-unsed/>), ayant en commun une prédisposition défavorable du tissu conjonctif. En raison d'un défaut génétique, la structure du tissu conjonctif présente une altération pathologique. Le tissu conjonctif étant présent dans tout le corps, le SED est une maladie multisystémique qui implique, selon les individus, l'appareil locomoteur (os, articulations, tendons, ligaments, cartilages, muscles, fascias), la peau, les vaisseaux sanguins, les voies nerveuses, les organes internes, les organes

sensoriels et même, dans de rares cas, les dents (cf. docteur Aylin CANBEK, Syndrome d'Ehlers-Danlos, publié en mars 2022, <https://www.ligues-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/syndrome-dehlers-danlos>).

Au niveau locomoteur, il en résulte une hypermobilité générale des articulations et une réduction de la capacité de charge physique, ce qui entraîne de graves troubles musculo-squelettiques chez de nombreuses personnes concernées – conduisant parfois à l'invalidité. En raison de l'implication des vaisseaux sanguins, les personnes atteintes du SED ont tendance à avoir des bleus et des saignements. La plupart du temps, il existe également un trouble de la cicatrisation avec formation de cicatrices atrophiques (cicatrices dépressives). Le SED fait partie des maladies rares : une personne sur 5000 environ est concernée. Les symptômes des personnes atteintes de SED sont nombreux et très variables et incluent notamment : articulations hyperextensibles (hypermobilité), déviations des articulations et de la colonne vertébrale, luxations ou subluxations des articulations, blessures des parties molles (tendons déchirés, muscles déchirés), tendinites, bursites, douleurs aiguës et chroniques, tendance aux ecchymoses et aux saignements, fatigue, troubles de l'équilibre et de la coordination (troubles de la proprioception), etc.

Les maladies associées (comorbidités) possibles des personnes atteintes du SED sont aussi variées que les symptômes et englobent l'arthrose et l'ostéoporose, des syndromes douloureux chroniques, comme le syndrome de fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique (EM/SFC), la dépression, etc.

Le diagnostic est actuellement établi sur la base de critères datant de 2017, élaborés par un comité international d'experts. Une partie importante du diagnostic s'appuie sur les antécédents de la maladie et de la famille, les symptômes et l'examen clinique des personnes concernées. Pour 12 des 13 sous-types de SED, une analyse génétique aide à établir un diagnostic définitif. Dans le cas du type dit hypermobile, aucun gène causal n'a pu être identifié jusqu'à présent, de sorte que le diagnostic est posé uniquement sur la base de l'examen clinique (cf. docteur Aylin CANBEK, Syndrome d'Ehlers-Danlos, publié en mars 2022, <https://www.ligues-rhumatisme.ch/rhumatismes-de-a-a-z/syndrome-dehlers-danlos>).

5.3 Dans son ordonnance du 21 avril 2023, la Cour de céans a expliqué en détails les raisons pour lesquelles elle considérait l'expertise du I_____ non probante. Il y a lieu de s'y référer. En substance, il est apparu que les médecins du I_____ s'étaient prononcés sur une maladie génétique rare, sans en connaître tous les aspects, en la traitant comme n'importe quelle autre maladie rhumatismale ou psychiatrique, sans prendre en considération les particularités du cas, raison pour laquelle une nouvelle expertise bidisciplinaire, judiciaire, a été mise sur pied.

Si la recourante, ainsi qu'on l'a vu, a adhéré à ses conclusions, il n'en va pas de même de l'intimé. Celui-ci, après consultation du SMR, le 1^{er} novembre 2023,

reconnaît pleine valeur probante à l'expertise judiciaire psychiatrique, mais indique ne pouvoir se rallier en revanche aux conclusions de l'expertise somatique. Il y a dès lors lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise judiciaire – en particulier somatique – et les griefs formulés à son encontre par l'intimé.

La Cour de céans partage l'avis des parties quant à la pleine valeur probante de l'expertise psychiatrique. L'expert s'est livré à une anamnèse détaillée, à une description de la journée type et s'est fait le relais des plaintes de l'assurée avant de livrer ses constatations objectives. Il a décrit longuement la dynamique particulière de l'assurée et expliqué les raisons pour lesquelles cela la conduisait à retenir le diagnostic de trouble de la personnalité non invalidant (les limitations fonctionnelles en découlant étant plus qualitatives que quantitatives). L'expert psychiatre a également argumenté de manière convaincante le fait de ne retenir aucun autre diagnostic sur le plan psychiatrique.

Concernant le volet somatique de l'expertise, contesté par l'intimé, la Cour de céans constate que l'expert s'est livré, lui aussi, à une description détaillée et motivée de la situation, de sorte qu'a priori, ses conclusions devraient se voir reconnaître pleine valeur probante. Le SMR admet d'ailleurs lui-même que l'expert somaticien a effectué une analyse complète du dossier, un examen avec plusieurs tests, et que ses motivations sont pertinentes pour expliquer les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles décrites. Il lui fait cependant grief d'avoir pris en compte des limitations fonctionnelles qui outrepasseraient son domaine de compétence en évoquant un trouble cognitif associé à la fatigue induite par le SEDh, avec un ralentissement d'exécution, des troubles de la concentration et des difficultés de fonctionnement social imposant des pauses pour récupérer, limitations dont l'intimé a relevé qu'elles n'étaient pas retenues par l'expert psychiatre. Selon lui, les seules limitations fonctionnelles somatiques n'expliqueraient pas la limitation de la capacité de travail à 40%.

A cet égard, la Cour de céans relève que les conclusions quant à la capacité de travail résiduelle de 40% ont été validées par l'expert psychiatre, puisqu'elles ressortent également de l'appréciation consensuelle à laquelle se sont livrés les experts, qui ont souligné avoir été en relation durant tout le processus de l'expertise. On note également que l'expert psychiatre, s'agissant des difficultés cognitives, a expressément renvoyé à l'avis de son collègue, en indiquant que ces difficultés devaient être incluses dans l'estimation de la capacité de travail réalisée par l'expert somaticien. Il a expliqué à cet égard que la fatigue – cause partielle et probable des difficultés cognitives – observée par les deux experts ne pouvait être spécifiquement liée à une dépression et relevait du syndrome SEDh. L'expert psychiatre a rappelé également que la pathologie somatique du SEDh peut être associée à certaines difficultés cognitives. C'est précisément la raison pour laquelle il a conclu que les difficultés globales de l'assurée sur ce plan dépendaient plus de la pathologie somatique que psychiatrique et renvoyé à l'avis

de son confrère, le SEDh prenant en compte la majorité des symptômes décrits par l'assurée. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'expert somaticien d'avoir outrepassé son domaine de compétence.

S'agissant plus particulièrement de la fatigue, plainte principale de l'assurée en dehors des douleurs, les experts ont indiqué avoir pu constater qu'elle limitait passablement l'intéressée durant l'examen clinique qui s'est déroulé pendant quatre heures. Ils ont relevé que, lors des examens fonctionnels, l'assurée avait essayé de faire de son mieux, mais au prix d'un investissement impliquant un risque de chute. Les experts ont également noté des troubles de la concentration décrits dans cette pathologie. Ils ont souligné n'avoir trouvé ni signes comportementaux de Waddell ou de Kummel significatifs, ni discrédance dans l'examen clinique ou l'anamnèse, et ont qualifié le tableau clinique de cohérent compte tenu des diagnostics retenus. La fatigabilité et le manque d'endurance ont été objectivés lors de l'examen des performances occupationnelles, qui a montré un rendement fortement restreint.

Dans un second grief, l'intimé, par la voix du SMR, relève que les activités quotidiennes décrites par l'assurée sont identiques à celles qu'elle évoquait en 2020. Le SMR s'étonne dès lors que la capacité de travail retenue soit de 0% de 2018 à 2020, puis de 40% dès 2020, d'autant que l'expert ne motive pas cette différence de taux et ne fait état d'aucune amélioration qui l'expliquerait.

Il est vrai que cette conclusion de l'expert somaticien paraît surprenante, dans la mesure où il ne fait état d'aucune amélioration à l'appui de sa position et n'argumente aucunement cette modification de taux en 2020. D'ailleurs, cette différence n'est pas reprise dans les conclusions consensuelles des experts, qui évoquent plutôt la capacité de travail résiduelle au moment de leur expertise. Qui plus est, il apparaît effectivement que le status clinique ne semble pas avoir évolué durant les dernières années. Le Dr H_____, en mars 2020, concluait à une capacité résiduelle de travail similaire, de 30-40% dans l'activité habituelle, qu'il qualifiait lui aussi d'adaptée.

Dans ces conditions, il se justifie de se distancier de l'évaluation de la capacité de travail du seul expert somaticien pour ne retenir que celle ressortant des conclusions consensuelles du rapport, d'autant plus que les experts ont précisé par ailleurs que la situation était stationnaire depuis septembre 2018 (p. 54 du rapport, ch. 4.5), date du dépôt de la demande de prestations.

Enfin, s'agissant de savoir si, avec un traitement adéquat, la capacité de travail pourrait aller au-delà de 40%, il est loisible à l'intimé de procéder à une réévaluation à douze mois après instauration du traitement préconisé par les experts (reconditionnement physique interdisciplinaire par un physiothérapeute et un ergothérapeute afin d'améliorer les performances), comme suggéré par ces derniers.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans se rallie aux conclusions consensuelles de l'expertise judiciaire et retient que l'assurée a conservé une capacité résiduelle de travail de 40% dans son activité habituelle.

Le taux d'invalidité se confondant avec le degré d'incapacité de travail, c'est ainsi un degré d'invalidité de 60% qui doit être reconnu à l'assurée, ouvrant droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. En l'absence de documents venant étayer cette incapacité avant septembre 2018, l'ouverture du droit est fixée à l'échéance du délai de carence, soit en septembre 2019.

En ce sens, le recours est admis.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Annule la décision du 20 décembre 2020.
4. Dit que la recourante a droit à un trois-quarts de rente à compter du 1^{er} septembre 2019.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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