

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1102/2024

ATAS/223/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 17 mars 2026

Chambre 10

En la cause

A _____

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Joanna JODRY, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le_____ 1976, originaire d'Équateur, est arrivée en Suisse en 2001. Elle a travaillé depuis lors en qualité de cuisinière. Mère d'une fille née en 1997 d'une première union, elle s'est remariée en 2013. Elle est au bénéfice d'un permis C.
- b.** Le 30 juin 2011, l'assurée a sollicité des prestations de la part de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), mentionnant être en incapacité totale de travail depuis le 15 mars 2011 en raison d'un cancer du sein.
- c.** Par rapports des 16 avril et 13 septembre 2012, la docteure B_____, spécialiste en oncologie, a diagnostiqué un carcinome inflammatoire du sein droit en mars 2011 et indiqué que l'assurée avait été traitée par chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie. Elle bénéficiait encore d'une hormonothérapie et les examens sanguins avaient mis en évidence une prédisposition génétique aux cancers du sein et de l'ovaire, de sorte qu'une indication à une ovariectomie bilatérale et à une mastectomie controlatérale prophylactique avait été discutée, avec un impact énorme au niveau psychologique. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la persistance d'une intense fatigue et à des douleurs au niveau des membres inférieurs, qui se manifestaient par des arthralgies, myalgies et l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs.
- d.** Par avis du 28 janvier 2013, la docteure C_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a considéré que l'assurée était incapable d'exercer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, depuis le 14 mars 2011 et que le dossier devrait être révisé après une année.
- e.** Dans un rapport du 18 février 2013, la Dre B_____ a indiqué à l'OAI que la patiente était en rémission complète et que les opérations évoquées dans son dernier rapport devraient intervenir dans l'année en cours. Par ailleurs, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale avait révélé un anévrisme au niveau de l'artère choroïdienne gauche, qui faisait poser une indication chirurgicale, et une évaluation neurologique avait mis en évidence un tunnel carpien bilatéral. Ces perspectives chirurgicales ne permettaient pas une reprise de l'activité professionnelle. Le travail de cuisinière semblait difficilement envisageable, mais la patiente souhaitait refaire une formation professionnelle.
- f.** Par décision du 3 juin 2013, l'OAI a accordé à l'assurée une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mars 2012, aucune activité professionnelle n'étant envisageable pour l'instant.
- B.** **a.** Dans le cadre de la procédure de révision de la rente, la Dre B_____ a indiqué à l'OAI au mois d'août 2014 que l'état de santé était stationnaire depuis l'intervention neurochirurgicale pour l'anévrisme cérébral. L'assurée présentait une importante fatigue, des céphalées constantes, des polyarthralgies et

polymyalgies suite aux traitements par chimiothérapie et hormonothérapie, ainsi que des troubles de la concentration.

b. Par communication du 12 août 2014, l'OAI a constaté que la situation de l'assurée n'avait pas changé et qu'elle continuait à bénéficier de la même rente.

C. a. Le 28 septembre 2018, la Dre B_____ a indiqué à l'OAI que l'état général de sa patiente s'était amélioré et qu'elle souhaitait pouvoir envisager une réinsertion professionnelle à temps partiel.

b. Le 15 avril 2021, la Dre B_____ a attesté que l'état de santé de sa patiente lui permettait de reprendre une activité professionnelle à un taux de 20 à 30%.

c. Le 17 avril 2021, l'assurée a été engagée par la société D_____ à raison de 12 heures par semaine, pour travailler dans les secteurs du nettoyage et de la maintenance de locaux professionnels.

d. Par rapport du 2 juin 2021, la Dre B_____ a noté que l'évolution était favorable avec une amélioration progressive des douleurs diffuses liées au traitement d'hormonothérapie et post chimiothérapie. Les symptômes comprenaient quelques arthralgies, ainsi que des vertiges et céphalées intermittents post anévrisme. La capacité de travail était de 20 à 30% depuis le mois d'avril 2021. Les activités exercées en position uniquement debout, principalement en marchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupie ou à genoux, avec des montées d'échelles ou d'échafaudages n'étaient pas exigibles, et le port de charge était limité à 5 kg. Il convenait en outre de tenir compte de la fatigabilité et d'une capacité de concentration limitée par les céphalées.

e. Le 1^{er} septembre 2021, la Dre B_____ a rappelé que la patiente souffrait des effets secondaires chroniques des différents traitements pour son cancer, en particulier d'une importante fatigue et de douleurs musculo-séquanellaires, et de céphalées chroniques suite à l'opération de l'anévrisme.

f. Par rapport du 29 octobre 2021, le docteur E_____, spécialiste en médecine interne, a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, un carcinome canalaire invasif du sein droit et un état dépressif réactionnel. Il a également diagnostiqué, sans effet sur ladite capacité, une dyslipidémie, une ostéopénie et un *status* post anévrisme cérébral opéré. L'assurée se plaignait de fatigue, de douleurs aux bras, surtout à droite, et au dos, de céphalées pariétales gauches. Une consultation auprès d'un psychiatre avait été discutée. Les limitations fonctionnelles comprenaient le travail physique, surtout avec le bras droit. On pouvait attendre de la patiente qu'elle travaille environ trois à quatre heures par jour.

Il a notamment joint :

- un rapport de densitométrie osseuse du 8 février 2017, concluant à une ostéopénie ;

- un rapport du 29 juillet 2019 suite à une consultation de la mémoire aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 4 juillet 2019 ; l'examen neuropsychologique avait mis en évidence un déficit cognitif d'intensité modérée touchant les fonctions exécutives et attentionnelles, avec un ralentissement de la vitesse de traitement et des ressources diminuées ; ces difficultés influençaient les rendements dans certaines tâches, notamment de calcul ou de mémoire épisodique verbale ; la fatigabilité déclenchait des céphalées après un effort mental prolongé et pouvait influencer les rendements dans les tâches ; les difficultés cognitives objectivées étaient de nature et d'intensité à potentiellement limiter la capacité fonctionnelle lors des tâches requérant un niveau d'exigence élevé et prolongé ;
- un rapport de consultation du 5 janvier 2021 du service des maladies osseuses des HUG, mentionnant une péjoration de l'ostéopénie entre 2017 et 2020 au site trabéculaire du rachis lombaire.

g. Une échographie des deux poignets et des deux mains, réalisée le 13 avril 2022, n'a pas révélé de critère significatif de synovite, mais les radiographies des mains et des pieds effectuées le jour même ont conclu à quelques érosions juxta-articulaires des métacarpo-phalangiennes des 3^e et 4^e doigts droits et 3^e doigt gauche, n'excluant pas une pathologie inflammatoire.

h. Dans un rapport du 29 avril 2022, le Dr E_____ a signalé une aggravation de la situation depuis son dernier rapport, l'assurée se plaignant d'avoir davantage de douleurs aux niveaux des articulations, soit des mains, des pieds, des épaules et des genoux, surtout depuis qu'elle avait arrêté son traitement de Tamoxifen au mois de novembre 2021. Elle n'arrivait pas à dormir la nuit à cause des douleurs et d'acouphènes à l'oreille droite. Les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail résiduelle précédemment retenus étaient confirmés, étant ajouté que des examens complémentaires avaient permis de conclure à la présence de quelques érosions juxta-articulaires des métacarpo-phalangiennes des 3^e et 4^e doigts droits et 3^e doigt gauche, n'excluant pas une pathologie inflammatoire. La patiente avait arrêté de consulter son psychiatre, qui était parti à la retraite. Elle travaillait deux heures par jour comme nettoyeuse, car elle n'arrivait pas à travailler davantage, étant relevé qu'il pensait qu'elle aurait des difficultés dans cette activité qui exigeait des efforts physiques.

i. Dans un rapport du 20 mai 2022, la docteure F_____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué avoir été consultée les 29 mars et 10 mai 2022, et affiner encore le ou les diagnostics. Elle a rappelé qu'à l'arrêt du traitement de Tamoxifen, la patiente avait signalé une recrudescence des douleurs polyarticulaires touchant les mains, les poignets, les épaules, les genoux, les chevilles et les pieds, et que ces douleurs s'accompagnaient de tuméfaction et de chaleur, mais pas de rougeur. La patiente mentionnait également des rachialgies diffuses. Ces douleurs étaient décrites comme permanentes, de type compressif, d'intensité variable, et occasionnaient des réveils nocturnes, plusieurs fois par

nuit, et une raideur matinale de dix minutes environ. À l'anamnèse par système, la patiente était très fatiguée, voire épuisée. Elle avait de mauvaises nuits et un sommeil non réparateur, et mentionnait aussi une perte de cheveux importante, un syndrome sec touchant les yeux et la bouche, des pharyngites fréquentes, une raucité. Au *status*, les amplitudes articulaires des membres supérieurs et inférieurs étaient dans la norme, sans limitations, sans signes d'arthrite et sans synovite carpite. La mobilité du rachis n'avait pas été testée. Les points de fibromyalgie étaient tous présents, soit 18 sur 18, avec également une extension du territoire douloureux. Le résultat du bilan sanguin était globalement dans la norme, avec une absence de syndrome inflammatoire, une formule sanguine complète normale, une perturbation globale des tests lipidiques et un bilan immuno-rhumatologique normal. Le rapport de radiographies avait conclu à des érosions juxta-articulaires des métacarpo-phalangiennes des 3^e et 4^e doigts à droite, et du 3^e doigt à gauche, mais après examen des radiographies, elle n'avait pas retrouvé ces érosions sur les images, de sorte qu'elle ne partageait pas l'interprétation du radiologue. L'échographie des deux poignets et des deux mains du 13 avril 2022 était dans la norme sans évidence de synovite, carpite ou hyperémie synoviale. Dans ce contexte, elle n'avait pas de diagnostic précis avec répercussion sur la capacité de travail, mais pensait qu'il s'agissait d'un seuil de douleur abaissé, *versus* un trouble somatoforme douloureux chez une patiente qui avait un vécu familial et médical extrêmement lourd. Elle avait proposé à l'intéressée un traitement de physiothérapie à sec et en piscine, un traitement antalgique, éventuellement de l'acupuncture, et une prise en charge psychiatrique avec introduction d'un traitement antidépresseur qui modulait le seuil de la douleur. Elle ne pouvait pas se prononcer sur le pronostic, mais l'évolution lui paraissait plutôt favorable. À titre de restrictions fonctionnelles, elle a indiqué que le port de charge était limité, qu'il fallait instaurer des pauses fréquentes et des changements de posture durant la journée, que les stations debout et assise étaient limitées dans le temps, que les travaux répétitifs des membres supérieurs et inférieurs étaient à éviter. Le travail devait s'effectuer dans un endroit calme, lumineux, bien aéré et, compte tenu d'une fatigabilité qui augmentait dans la journée, être léger, sans exigence de rendement. À ce stade, une reprise professionnelle n'était pas possible, compte tenu de l'importante fatigue et des douleurs qui submergeaient la patiente, ce qui altérait toutes les facettes de sa vie, conjugale, familiale, parentale, amicale et professionnelle.

j. Le 16 juin 2022, la docteure G_____, médecin au service des maladies osseuses des HUG, a diagnostiqué une ostéopénie densitométrique non fracturaire, justifiant une surveillance régulière au vu de la péjoration des valeurs entre les examens de 2017 et 2020. Cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, entière dans une activité sans risque de chute ou port d'objets lourds.

k. Le 28 juillet 2022, la Dre B_____ a rappelé les antécédents de sa patiente qui avait en outre subi une mastectomie gauche et une annexectomie bilatérale prophylactique en juin 2016. Elle a diagnostiqué, avec des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome douloureux chronique post chimiothérapie et hormonothérapie, et un anévrisme cérébral gauche opéré en 2013 avec des céphalées à l'effort. Elle a également mentionné un état dépressif réactionnel et une ostéoporose traitée, sans répercussion sur ladite capacité, qui s'élevait à 20 à 30%, à raison de deux heures par jour au maximum.

l. Dans un avis du 25 août 2022, le docteur H_____, médecin auprès du SMR, a considéré que la réalisation d'une expertise comportant des volets en médecine interne, oncologie, rhumatologie et psychiatrie était nécessaire.

m. Une IRM cérébrale et neurocrâne du 6 avril 2023 a mis en évidence les stigmates post clipping de l'anévrisme.

n. L'assurée s'est soumise à un CT-scan abdominal le 25 avril 2023 qui n'a pas révélé d'anomalie pouvant expliquer les douleurs abdominales.

o. Une échographie de l'épaule gauche réalisée le 1^{er} mai 2023 a permis de constater un aspect compatible avec une tendinopathie simple peu significative en ultrason mais peut-être « intriquée avec cervico-brachialgie ».

p. L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire confiée au Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed).

q. Dans leur rapport du 4 août 2023, le docteur I_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et la docteure J_____, psychiatre, ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique, sans cause organique, de *status* après carcinome inflammatoire du sein droit en mars 2011 avec chimiothérapie, mastectomie droite et curage axillaire droit le 5 août 2011, radiothérapie du 5 septembre 2009 au 7 octobre 2011, reconstruction mammaire le 28 avril 2012, ovariectomie et mastectomie gauche et reconstruction en 2014 environ, et hormonothérapie par Tamoxifène jusqu'en novembre 2021, de *status* après anévrisme de l'artère choroïdienne gauche clippé le 30 avril 2013, d'ostéopénie traitée, de dyslipidémie traitée. Aucun diagnostic n'était retenu au niveau psychiatrique et le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme ne pouvait pas être admis, en l'absence de détresse psychique verbalisée et objectivée, en lien avec les plaintes somatiques. La possibilité d'une majoration des plaintes somatiques chez cette assurée pourtant motivée à reprendre une activité à temps partiel ne pouvait pas être éliminée. Un éventuel diagnostic de « *Cancer related fatigue* » relèverait de la médecine interne et nécessiterait une expertise dans cette spécialité. La capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle sans réduction de performance, étant précisé que l'incapacité de travail totale en 2011 avait été tout à fait justifiée par l'affection oncologique. Dans une activité adaptée ne comportant pas de mouvements répétitifs importants ou nécessitant des efforts avec le même membre supérieur droit (gauchère), la

capacité de travail était de 100%. L'assurée se voyait d'ailleurs travailler dans le domaine du nettoyage, activité qui n'était pas très différente en ce qui concernait les sollicitations mécaniques de celle d'aide de cuisine qu'elle exerçait auparavant.

r. Dans une appréciation du 15 août 2023, le Dr H_____ a considéré que le rapport d'expertise était convaincant et qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. L'état de santé de l'assurée s'était amélioré dès le 4 août 2023, date à partir de laquelle les atteintes à la santé diagnostiquées n'avaient plus de répercussion sur la capacité de travail, entière dans toute activité, notamment dans celles d'aide de cuisine ou de nettoyeuse. L'intéressée ne devait pas effectuer des mouvements répétitifs importants ou nécessitant des efforts avec le membre supérieur gauche.

D. a. Le 5 octobre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de supprimer son droit à la rente pour le premier jour du deuxième mois suivant sa décision prochaine, dès lors qu'une amélioration notable de son état de santé pourrait être retenue dès le 1^{er} décembre 2023.

b. Par courrier du 1^{er} novembre 2023, la Dre F_____ a indiqué à l'OAI que plusieurs éléments nouveaux étaient survenus depuis son précédent rapport. En effet, il y avait une augmentation de l'intensité des douleurs à 9/10, avec une extension du territoire douloureux avec des lombo-fessalgies prédominant à gauche, des atteintes des petites articulations des mains et des pieds avec des signes d'arthrite, à savoir une tuméfaction et une chaleur essentiellement ciblées sur les mains et les pieds, des dactylites occasionnelles et des talalgies. La raideur matinale de dix minutes avait augmenté à une heure chaque matin, et les réveils nocturnes occasionnels étaient désormais présents chaque nuit. Il y avait également une aggravation de la fatigue profonde et la présence de sang dans les selles, d'acouphènes, de xérophtalmie et la patiente mentionnait également des angines à répétition, soit plus de trois par année, avec une raucité de la voix. Dans ce contexte, des investigations complémentaires étaient prévues, comprenant un large bilan sanguin, une recherche de calprotectine fécale, un bilan radiologique avec des radiographies des mains et des pieds avec comparatif des clichés de 2022, une IRM des deux mains, une IRM lombaire et des sacro-iliaques, ainsi qu'une échographie de l'épaule droite. La décision de suppression de la rente avait induit chez la patiente un profond découragement, étant rappelé qu'elle avait elle-même proposé à sa médecin traitante, avant l'expertise, d'augmenter de 20 à 30% son temps de travail malgré l'aggravation de ses symptômes dans le but de donner un sens à sa vie, de se sentir utile et bien évidemment également pour des raisons financières.

c. En date du 2 novembre 2023, l'assurée a contesté la position de l'OAI.

d. Dans un rapport du 14 novembre 2023, la Dre B_____ a résumé la situation médicale de sa patiente.

e. Par rapport du 15 novembre 2023, la docteure K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que la patiente avait entamé avec elle un

suivi psychiatrique-psychothérapeutique en août 2022, en raison d'un épisode dépressif moyen (F32.1), avec comme symptômes une humeur basse, une abrasion des affects, un manque de motivation et de plaisir, une pauvre estime d'elle-même, une incapacité à se projeter dans l'avenir et un retrait social. La patiente relatait avoir eu plusieurs épisodes dépressifs par le passé, à partir de 2013, dans le contexte d'un cancer du sein. Elle avait bénéficié d'entretiens psychothérapeutiques hebdomadaires et d'un traitement médicamenteux d'Escitalopram 10 mg, diminué par la suite à 5 mg à cause des effets secondaires. En août 2023, elle avait interrompu sa prise en charge en raison d'une amélioration de son état, mais elle avait récemment à nouveau demandé un suivi car elle présentait une recrudescence des symptômes dépressifs. Compte tenu de sa fragilité psychique, combinée à toutes les limitations dues à ses problèmes physiques, l'interruption de la rente d'invalidité ne semblait pas indiquée dans son cas.

f. Le 11 décembre 2023, le Dr H_____ a constaté, après avoir résumé les pièces transmises par l'assurée, que des examens complémentaires étaient en cours dans le contexte d'une aggravation de l'état de santé annoncée par la rhumatologue traitante. Sur le plan purement oncologique, les nouvelles pièces n'apportaient aucun élément nouveau. Le spécialiste de la douleur indiquait qu'une activité adaptée aux problèmes de santé de l'assurée était bénéfique. Sur le plan psychiatrique, l'appréciation de la psychiatre traitante sortait de son champ de compétence étant donné qu'elle considérait que « compte tenu de fragilité psychique, combinée à toutes les limitations dues à ses problèmes physiques, l'interruption de la rente AI ne semblait pas indiquée dans son cas ». Par ailleurs, le fait que le traitement demeurait inchangé, avec une faible posologie de Cipralax qui avait été pris en compte par l'expert psychiatre, allait à l'encontre d'une aggravation psychique. Le rapport de la consultation de la mémoire aux HUG du 29 juillet 2019 avait été pris en compte par les experts dans leur évaluation. Il proposait de solliciter une copie du rapport des examens complémentaires en cours.

g. Le 1^{er} février 2024, l'OAI a reçu des rapports relatifs :

- à une IRM de la colonne lombaire et des sacro-iliaques du 9 novembre 2023, ayant conclu à des discopathies L4-L5 et L5-S1 modérées sans hernie discale ni conflit radiculaire, et à un discret remaniement inflammatoire du coin antérosupérieur de L4 restant non spécifique ;
- à des radiographies des mains et des pieds du 9 novembre 2023, ayant mis en exergue une minime calcification punctiforme en regard de l'extrémité distale de l'ulna à droite non spécifique pour une chondrocalcinose au niveau des deux mains ;
- à une échographie de l'épaule droite du 9 novembre 2023, faisant état de signes en faveur d'une tendinopathie du sus-épineux ;

- à une IRM de la main droite du 10 novembre 2023, n'ayant pas montré de franc signe de synovite ou de ténosynovite, ni d'érosion osseuse ;
- à une IRM de la main gauche du 10 novembre 2023, n'ayant pas montré de franc signe de synovite ou de ténosynovite, ni d'érosion osseuse ;
- à une échographie de l'épaule gauche du 16 novembre 2023, concluant à une tendinose marquée du tendon supra-épineux avec des signes de conflit sous-acromial lors des manœuvres dynamiques ;
- à des résultats d'analyse sanguine.

h. Par avis du 15 février 2024, le Dr H_____ a relevé une aggravation de l'état de santé de l'assurée au vu des atteintes des épaules, essentiellement à gauche, et remarqué que les nouveaux documents ne rendaient pas plausible la présence d'un rhumatisme inflammatoire du type spondylarthrite ankylosante. Ainsi, l'état de santé s'était amélioré dès le 4 août 2023 puis s'était aggravé dès le 9 novembre 2023. L'atteinte principale était une tendinose du sus-épineux avec des signes de conflit sous-acromial à l'épaule gauche et une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite, lesquelles avaient des effets sur la capacité de travail. Outre les limitations fonctionnelles déjà retenues, les activités nécessitant l'utilisation des membres supérieurs au-dessus du niveau des épaules et de la tête, et le port de charge de plus de 5 kg devaient être évitées. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse ou d'aide de cuisine dès le 9 novembre 2023, mais entière dans une activité adaptée à partir du 4 août 2023.

i. Par décision du 13 mars 2024, l'OAI a supprimé le droit à la rente de l'assurée, au motif qu'elle disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 4 août 2023 et que la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 48'413.-) et avec invalidité (CHF 48'799.-) ne révélait aucune perte de gain. Une amélioration notable pouvait donc être retenue dès le 1^{er} décembre 2023 et la rente serait supprimée pour le premier jour du deuxième mois suivant cette décision.

- E.** **a.** En date du 2 avril 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Se référant à l'appréciation de ses médecins traitants, elle a souligné que les conclusions du SMR quant à sa capacité de travail ne correspondaient pas du tout à son état de santé.

La recourante a produit :

- le compte-rendu d'une IRM de la colonne lombaire et du genou droit du 21 février 2024 ayant conclu, au niveau lombaire, à quelques remaniements dégénératifs associés à une anomalie de signal du coin antérosupérieur de L4

et dans une moindre mesure du coin antérosupérieur de L5, compatible avec un Modic inflammatoire, ainsi qu'à une arthrose interfacettaire postérieure bilatérale légère à modérée aux étages L4-L5 et L5-S1 ; au niveau du genou, a été relevée une anomalie sous-chondrale rétropatellaire sur le versant latérale pouvant être compatible avec une lésion ostéochondrale versus un défaut dorsal patellaire, à corrélérer à la clinique ;

- un certificat médical du 26 février 2024 du docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, attestant d'une totale incapacité de travail du 27 février au 7 avril 2024 ;
- un rapport du 25 mars 2024 de M_____, infirmier spécialisé en oncologie, relevant le caractère volontaire de la patiente, dont l'état de santé justifiait une réduction du taux d'activité professionnelle.

b. Dans sa réponse du 23 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que la rente avait été octroyée en raison de l'atteinte oncologique, laquelle ne justifiait plus d'incapacité de travail au vu de la rémission. Les atteintes incapacitantes retenues et les empêchements en découlant ne compromettaient pas l'exercice d'une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ne semblaient pas pouvoir exclure de retrouver un emploi correspondant et même le cumul des limitations n'empêchait pas la réintégration de la recourante dans le circuit économique. D'ailleurs, l'intéressée avait repris un emploi à raison de douze heures par semaine.

L'intimé a communiqué un avis du 7 mai 2024, dans lequel le SMR s'est déterminé sur les nouveaux rapports produits par la recourante. Le Dr H_____ a rappelé que l'expert rhumatologue avait constaté que le tonus musculaire de l'expertisée était normal, qu'il n'y avait pas d'amyotrophie, que le *testing* de la force n'était pas optimal mais que l'expertisée ne semblait pas faire d'effort maximal et annonçait assez vite des douleurs. La mobilité des genoux était conservée et il n'y avait pas de signe d'arthrite, pas de signe pour une méniscopepathie et pas de kyste de Baker perçu par l'expert. L'évaluation des genoux de la part de l'expert en rhumatologie ne concordait pas avec l'indication retenue pour la réalisation de l'IRM du genou droit le 21 février 2024, dont le rapport avait été adressé au Dr L_____. Le SMR considérait qu'une activité épargnant le genou droit représentait une activité adaptée sans baisse de rendement étant rappelé que le Dr L_____ n'avait pas retenu d'incapacité de travail notable et durable. Au niveau du rachis lombaire, l'IRM avait mis en évidence des atteintes dégénératives peu significatives sans sténose canalaire ou foraminale qui n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions des experts. Concernant le rapport de M_____, les experts s'étaient prononcés de manière précise et exhaustive concernant les douleurs généralisées, connues depuis le début des traitements oncologiques, en constatant d'un point de vue objectif un comportement partiellement démonstratif de l'intéressée avec des signes de majoration des symptômes lors de l'examen physique. Ils avaient expliqué qu'il

n'y avait pas d'élément objectif pathologique, que les contrôles oncologiques étaient satisfaisants sans aucun argument pour une récurrence ou pour une évolution métastatique du carcinome du sein, et que l'hormonothérapie ne pouvait plus être retenue comme responsable de la symptomatologie vu la longue durée qui s'était écoulée depuis son arrêt. Il n'y avait pas de cause rhumatologique pour expliquer les plaintes douloureuses, étant relevé que la rhumatologue traitante ne décrivait pas d'élément objectif pour une arthropathie inflammatoire, et que l'évaluation effectuée lors de l'expertise ne retrouvait pas d'élément en faveur d'une arthropathie inflammatoire ou d'une maladie auto-immune au sens large. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic n'avait été retenu par l'expert. En conclusion l'infirmier en oncologie avait procédé à une appréciation différente de la capacité de travail dans le cadre d'une même situation médicale. Partant, les nouvelles pièces médicales n'avaient pas apporté d'éléments cliniques objectifs tendant à remettre en question ses conclusions du 15 février 2024.

c. Le 22 mai 2024, la recourante a transmis un nouveau certificat d'arrêt de travail à 100% du Dr E_____ et une ordonnance de lunettes.

d. Par arrêt du 4 février 2024 (ATAS/67/2025), la chambre de céans a admis le recours et annulé la décision litigieuse. Elle a considéré que le rapport d'expertise et les avis du SMR ne pouvaient pas se voir attribuer une quelconque valeur probante et que la décision de suppression du droit à la rente était infondée, une amélioration de l'état de santé n'étant pas établie.

e. Statuant sur le recours de l'intimé, le Tribunal fédéral a annulé cet arrêt et renvoyé la cause à la chambre de céans afin qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire (arrêt 9C_149/2025 du 5 août 2025). Il a notamment jugé que, étant parvenue à la conclusion que les pièces médicales sur lesquelles l'intimé s'était fondé pour supprimer le droit à la rente de la recourante étaient dépourvues de toute valeur probante - conclusion que l'administration ne remettait pas en cause dans son recours devant lui -, la juridiction cantonale n'était pas fondée à lui faire supporter les conséquences de l'absence de preuve. Il lui appartenait de déterminer précisément la capacité de travail résiduelle de la recourante, notamment au regard de la reprise d'une activité lucrative, en ordonnant des mesures d'instruction supplémentaires. Étant donné que le SMR avait préconisé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, oncologie, rhumatologie et psychiatrie), on pouvait s'étonner que l'intimé ait ordonné la réalisation d'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie.

f. Le 2 octobre 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise pluridisciplinaire à la docteure N_____, spécialiste en médecine interne générale, à la docteure O_____, spécialiste en oncologie, au docteur P_____, spécialiste en rhumatologie, et au docteur Q_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

g. Par courrier du 27 janvier 2026, la Dre N_____ a informé la chambre de céans qu'il apparaissait, après lecture du dossier, examen de l'expertisée et obtention de documents supplémentaires, que la recourante présentait une maladie neurologique depuis 2023 qui engendrait des plaintes, participait à la fatigue et augmentait la consommation médicamenteuse. Elle suggérait d'ajouter un expert neurologue à l'expertise afin que ce spécialiste se prononce sur l'impact du trouble sur la capacité de travail et interprète les résultats de l'examen neuropsychologique sous l'angle neurologique.

h. Le 2 mars 2026, la chambre de céans a communiqué cette correspondance aux parties et les a informées qu'elle entendait compléter l'ordonnance d'expertise du 5 novembre 2025 en mandatant le docteur R_____, spécialiste en neurologie. Elle leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation de l'expert et sur les questions qu'elle lui soumettrait.

i. La recourante ne s'est pas manifestée.

j. Le 10 mars 2026, l'intimé a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti et a proposé l'ajout d'une question complémentaire.

k. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante le 16 mars 2026.

EN DROIT

- 1.** Par arrêt du 5 août 2025, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et nouvelle décision.
- 2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 13 mars 2024 par laquelle l'intimé a supprimé, par la voie de la révision, la rente entière d'invalidité accordée à la recourante depuis le 1^{er} mars 2012, par décision du 3 juin 2013.
- 3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

Dans la mesure où les modifications en question n'ont aucun effet sur la présente cause, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur d'éventuels aspects de droit transitoire.

- 4.** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40%

en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

4.1 Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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).

À teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.2 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou atteint 100%.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que

l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2016 du 1^{er} juin 2016 consid. 2.1).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références ; 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

4.3 La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et

une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques (« *allseitige Prüfung* »), sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente. Ainsi, le Tribunal fédéral a retenu que, dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un trouble de santé s'ajoutant au tableau clinique existant ne fait pas obstacle à une suppression de la rente. Sont susceptibles de faire l'objet d'une nouvelle évaluation, éventuellement divergente, les aspects qui font l'objet d'une hypothèse, par exemple les revenus sans et avec invalidité et les hypothèses qui les sous-tendent, l'état de santé ou la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.2 et les références).

4.4 Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente notamment prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Selon la jurisprudence, le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision ; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entré en force se doit d'avoir une certaine stabilité. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification

paraît durable et par conséquent stable (1^{ère} phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (2^e phrase de la disposition). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_78/2018 du 26 juin 2018 consid. 4.1 et les références).

5. 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

6. En l'occurrence, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral du 5 août 2025, la chambre de céans a ordonné une expertise pluridisciplinaire le 5 novembre 2025, comportant des volets en médecine interne, oncologie, rhumatologie et psychiatrie, confiée aux Dres N_____ et O_____, et aux Drs P_____ et Q_____.

Compte tenu de la détermination de la Dre N_____, il apparaît nécessaire de compléter la mission d'expertise en incluant un volet neurologique. Ce dernier sera confié au Dr R_____.

Les suggestions de l'intimé sur les questions de la mission d'expertise seront intégrées à celle-ci.

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

Statuant préparatoirement

I. Complète l'ordonnance du 5 novembre 2025 et étend la mission d'expertise de A_____ au volet neurologique.

Commet à cette fin le docteur R_____, rue S_____, T_____.

II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des neurologues ayant traité la personne expertisée.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge le Dr R_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

4.1. Quels sont les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail et quelles sont les dates d'apparition ? (Veuillez préciser quels critères de classification sont remplis et de quelle manière [notamment l'étiologie et la pathogenèse]).

4.2. Quels sont les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail et quelles sont les dates d'apparition ? (Veuillez préciser quels critères de classification sont remplis et de quelle manière [notamment l'étiologie et la pathogenèse]).

4.3. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5. L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré ou détérioré depuis le 4 août 2023 ?

4.6. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (Veuillez n'inclure que

les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

- 4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs ou la fatigue décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, allégation d'une importante fatigue sans qu'il soit noté de signes de fatigue, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu des diagnostics retenus ou y a-t-il des atypies ?
- 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour les diagnostics retenus ?

5 Limitations fonctionnelles

- 5.1 Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic et quelles sont les dates d'apparition ?
- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6 Capacité de travail

- 6.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle depuis le 4 août 2023 ? (Veuillez préciser le taux de la capacité de travail et détailler son évolution pour chaque diagnostic).
 - 6.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.1.2 Est-ce qu'il y a une diminution de rendement ? (Veuillez le cas échéant la chiffrer).
- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 4 août 2023 ? (Veuillez préciser le taux de la capacité de travail et détailler son évolution pour chaque diagnostic).
 - 6.2.1 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ?
 - 6.2.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.3 Est-ce qu'il y a une diminution de rendement ? (Veuillez le cas échéant la chiffrer).

6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.4 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7 Traitement

7.1 Pouvez-vous examiner le traitement suivi par la personne expertisée et analyser son adéquation ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.3 Pouvez-vous fournir le taux sérique du ou des médicament(s) que consomme la personne expertisée en lien avec l'atteinte neurologique ?

En ce de non-compliance, pouvez-vous indiquer si le traitement préconisé (à spécifier) aurait pu permettre une amélioration de l'état de santé de la personne expertisée sur le plan neurologique, et par conséquent de sa capacité de travail, et dans quel délai ?

En cas de bonne compliance de la part de la personne expertisée, est-ce que le traitement est susceptible de participer à la fatigue dont elle se plaint, ou d'engendrer une contre-indication à la conduite privée ou professionnelle d'un véhicule ?

7.4 Pouvez-vous faire des propositions thérapeutiques et analyser leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée ?

8 Interprétation des résultats de l'examen neuropsychologique

8.1 Pouvez-vous interpréter, sous l'angle neurologique, les différents résultats de l'examen neuropsychologique ?

9 Quel est le **pronostic** ?

10 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11 Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec les Dres N_____ et O_____, et les Drs P_____ et Q_____, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment les limitations fonctionnelles et l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

F. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Joanna JODRY

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le